UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 – N° 69

LA CRISE DE RÉADAPTATION SOCIALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Mai 1954

PAR

Jean-Henri de VERBIZIER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Damas (Syrie), le 1er Juin 1924.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*

DERVILLÉE, professeur..... } *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé..... } *Juges*

LÉNG-LÉVY, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

—

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0006

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 — N° 69

LA CRISE DE RÉADAPTATION SOCIALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Mai 1954

PAR

Jean-Henri de VERBIZIER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Damas (Syrie), le 1er Juin 1924.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*

DERVILLÉE, professeur..... — *Juges*

BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

LENG-LÉVY, agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

—

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J.TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR SANS CHAIRE :

BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN / LENG-LÉVY / LAVIGNOLLE / MORETTI
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGÈRE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

AGRÉGÉ LIBRE :

M. MAHON (Obstétrique).

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRI DE VERBIZIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

MÉDAILLE MILITAIRE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

MORT POUR LA FRANCE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

ET DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LENG-LÉVY

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'ORDRE DE LA LIBÉRATION

KING'S MEDAL FOR COURAGE IN THE CAUSE OF FREEDOM

OFFICIER D'ACADÉMIE

Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner notre respectueux attachement et de rendre hommage à sa haute valeur clinique.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE

OFFICIER D'ACADÉMIE

Nous avons suivi avec profit son enseignement de neurologie et de psychiatrie.

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu nous honorer de sa présence dans ce jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DERVILLÉE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET MÉDECINE DU TRAVAIL

MEMBRE DE LA COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous le remercions de l'accueil qu'il nous a réservé.

Nous lui exprimons notre gratitude d'avoir accepté de juger ce travail,

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de son enseignement. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.
En hommage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

AVANT-PROPOS

C'est aux nombreux enseignements que nous avons reçus qu'est due cette thèse.

Nous remercions nos Maîtres d'Hôpitaux, dont nous avons été l'externe ou chez lesquels nous avons fait fonction d'interne :

MM. les Docteurs Bannel, Blanc, Lavignolle, H. Pouyanne, Dulong de Rosnay;

Les Professeurs agrégés Moretti, Leng-Lévy;

Les Professeurs Magendie, F.-J. Traissac;

Les Professeurs Papin, L. Pouyanne qui nous ont initié à la neuro-chirurgie;

Les Professeurs Bonnin, Dupérié, Creyx et Delmas-Marsalet, dans le service duquel nous avons compris tout l'intérêt passionnant des travaux neuro-psychiatriques.

Nous remercions également nos Maîtres des Hôpitaux de Paris :

Les Professeurs Delay, Alajouanine, Heuyer qui, de 1950 à 1953, en nous recevant dans leurs services, nous ont permis d'approfondir cette étude.

Toute notre reconnaissance va :

A M. le Docteur Guiraud, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui nous a ouvert plus d'un an son service à Sainte-Anne. Avec la vigueur originale de sa personnalité, il nous a introduit à la connaissance de la séméiologie psychiatrique.

A M. le Docteur Henry Ey, dont nous avons suivi avec ferveur les entretiens psychiatriques du mercredi.

Au Docteur Paul Sivadon, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Je tiens à lui exprimer, au delà de l'affection et des liens qui nous unissent, toute mon admiration et ma reconnaissance.

En m'accueillant dans son service, il m'a donné à voir, partant du souci du malade mental, de la réflexion sur sa condition, l'importance des techniques hospitalières de traitement et de réadaptation sociale, leur place dans le cadre de l'hygiène mentale, de la prévention à la post-cure des psychopathies; l'étendue de ces problèmes, la nécessité, pour les résoudre, d'efforts convergents. Je lui dois de précieux conseils pour l'orientation de ma vie médicale.

Au Docteur André Sivadon, Médecin-Chef des Services de Médecine du Travail de l'A. P. A. S. Il m'a montré le grand intérêt de la Médecine du Travail. Il prend à son organisation et à son développement une part très active. Il a su guider les premières démarches de mon étude. A son contact, dans de nombreuses discussions, s'en est vu préciser l'ordre, la progression. Je suis heureux de pouvoir aujourd'hui lui dédier ce travail.

Nous remercions la Direction de l'A. P. A. S. qui nous a offert les possibilités de cet exercice psychiatrique en milieu du travail;

Le Professeur V. Raymond; en hommage de notre admiration et de notre respectueuse sympathie;

Nos camarades, médecins du travail;

Les médecins spécialistes, dont les avis nous sont précieux;

Les assistantes du Service Social.

LA CRISE DE RÉADAPTATION SOCIALE

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons prend ses origines dans l'enseignement et l'observation de deux milieux différents :

Le premier : l'exercice de la psychiatrie dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine, et plus particulièrement au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Neuilly-sur-Marne (*).

Le second : les services de médecine du travail de l'A. P. A. S. (**), où l'occasion privilégiée nous a été donnée d'observer, à partir de malades vus à la consultation de désensibilisation alcoolique, et celle plus récemment créée de reclassement professionnel, des problèmes semblables, à des stades certes différents dans leur évolution, mais d'une essence commune.

C'est donc dans une perspective médicale liée au souci de considérer le processus pathologique dans une situation d'ensemble, dans ses rapports avec la personnalité, avec l'adaptation de l'individu à ses conditions d'existence, que

(*) Sivadon (P.). — Le Centre Psychiatrique de traitement et de réadaptation sociale de Ville Evrard. *A. M. P.*, 1949, t. I, pp. 166-169.

(**) L'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne est un organisme inter-entreprises créé à la Libération, pour le maintien des œuvres et des services sociaux et médicaux de l'ex-Caisse de Compensation du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne. Elle a, en outre, la charge de la Médecine du Travail, pour les entreprises adhérentes, suivant les dispositions de la loi du 10 octobre 1946 et du décret du 27 novembre 1952, annulant et remplaçant le décret du 26 novembre 1946.

Longhy (J.). — Un service social inter-entreprises : l'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne. Thèse de doctorat en droit, Paris, mai 1951.

Album du Centenaire de la Fédération parisienne du Bâtiment et des Activités annexes, 1953. 3, rue de Lutèce, Paris (V^e^), p. 24.

nous avons dirigé tous nos efforts, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la thérapeutique et de la réadaptation sociale.

Dans ce cadre très vaste, où la médecine du travail apparaît comme un des éléments essentiels d'une hygiène mentale bien comprise, notre attention a été attirée par un grand nombre de sujets, adressés pour des motifs extrêmement divers, et dont l'aptitude à un travail donné paraissait compromise pour des raisons à priori difficiles à exprimer.

L'analyse de ces situations nous permet aujourd'hui de décrire sous le terme de « crise de réadaptation sociale » cette phase aiguë d'inadaptation, d'en décrire les modes de début, les manifestations essentielles, l'évolution, et d'indiquer, avec la direction des mesures à prendre, quelques éléments dans la recherche de son pronostic.

Avant de décrire la structure de la « crise de réadaptation sociale », il nous a paru nécessaire de situer les notions que recouvrent des mots tels que : *adaptation, travail, maladie,* et de préciser au départ la signification que nous leur donnerons au cours de cette étude.

L'Adaptation

Cette première notion est importante à situer. En effet, les examens de médecine du travail conduisent à un avis d'aptitude qui représente dans sa forme la plus complète, non pas un « brevet d'adaptation », mais la synthèse, non seulement des éléments tirés de l'examen clinique et des caractères du poste de travail, mais des capacités évolutives de ces différentes relations.

Le premier terme de cette synthèse ne saurait exprimer que l'adaptation actuelle du sujet à un cadre qui apparaît comme un lien qui fige, contient, soumet le sujet à la forme qui le modèle : adaptation toute marquée d'un caractère de dépendance, de malléabilité passive à l'égard de l'envi-

ronnement. Ce que Montaigne exprimait dans ses Essais : « nous changeons comme cet animal qui prend la couleur du lieu où il se couche ». Au delà de cette première relation, qui est de « rester dans le ton », de ce mimétisme animal, à caractère négatif, défensif qui permet la survie, se place la réalisation possible d'une adaptation plus constructive, à considérer dans une perspective dynamique qui tient compte des interactions du sujet avec la réalité, d'une évolution progressive où chacun devient autre, et non pas « un autre » (une rupture dans ce développement peut conduire à ce second terme), où s'affirme et se construit la personnalité.

L'aptitude n'est à aucun moment une relation définitive, mais présente, au contraire, toutes les possibilités évolutives, fonction seulement de la pratique sociale de chacun.

Ce qu'il importe en fait de saisir, et cela ressort particulièrement à l'analyse des capacités de reprise du travail, c'est l'attitude du sujet vis-à-vis de ce travail, attitude qui soustend, par sa puissance créatrice, l'aptitude du sujet à sa condition, en même temps que s'en développe la connaissance.

Le travail

Le travail désigne « l'ensemble des activités par lesquelles l'homme transforme la nature physique et vivante » (*).

Par son travail, l'homme s'est détaché du monde animal, s'est constitué un être social, capable de fabriquer des outils pour la domination de la nature.

Le travail ne sera pas compris ici en absolu, comme faisant partie du destin de l'homme, en dehors des relations qui le lient à des circonstances historiques et géographiques, mais comme un acte proprement humain, au delà de l'action biologique qui n'a pas de signification propre et qui ne se comprend que par référence aux intentions de la vie.

(*) Hegel. — La Phénoménologie de l'esprit. Trad. : Jean Hyppolite, Paris. Aubier, 1939-1941.

Cette signification, il est nécessaire de la découvrir dans sa relation avec une situation globale. Le travail : une tâche interprétée comme une fatalité de la condition humaine. Un accablant labeur, une malchance individuelle, une mystification, une aliénation où le sujet, étranger à son travail, ne s'y affirme pas mais se nie, ne se sent pas à l'aise mais malheureux, n'y déploie pas une libre énergie, mais mortifie son corps et ruine son esprit. Où l'homme ne se sent chez soi qu'en dehors de son travail, et dans le travail en dehors de soi.

Travail non volontaire, mais contraint, forcé; il n'est donc pas la satisfaction d'un besoin, mais seulement un moyen de satisfaire ses besoins en dehors du travail. Enfin, pour l'homme, le caractère extérieur du travail apparaît dans le fait qu'il n'est pas son bien propre mais celui d'un autre.

Autres aspects du travail :

- Le travail comme compensation à des situations névrotiques. « Le travail a plus d'importance que la vie » (K. Mansfield, Journal du 10 juin 1929).

- Le travail comme thérapeutique (*), tel qu'il est utilisé en psychiatrie, pour un milieu donné, dans un état actuel d'éducation et de mœurs.

Autant d'exemples qui démontrent l'existence et l'importance de la relation travail - situation perçue.

Ainsi présenté, il est possible de replacer le travail dans le cadre de notre étude, sous la forme d'une conduite dont l'émergence et l'apprentissage apparaissent, à l'examen, difficiles, dont la régulation est facilement perturbée, s'altère, disparaît ou se situe à des niveaux différents et n'apparaît réalisable que dans des conditions privilégiées, premières étapes délicates dans la reprise d'une activité plus étendue.

(*) Kœchlin (P.). — Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. Thèse, Paris, 1951.

P. Janet a bien montré que « le travail est un genre d'action plus difficile et plus rare qu'on ne le croit, et n'existe pas chez l'animal ni chez l'homme primitif, malgré les apparences, il s'altère ou disparaît dans une foule de névroses ».

« L'attention volontaire bien différente de l'attention spontanée, la patience pour supporter l'attente, la fatigue, l'ennui, l'initiative, la persévérance, l'acuité de la vie, la cohérence des actes et des caractères, toutes choses qui ne sont pas seulement des vertus mais des fonctions psychologiques supérieures » (*).

La maladie

Les positions médicales vis-à-vis de la maladie rythment l'histoire de la médecine.

Elles se schématisent dans ces deux positions qui font que, devant un malade, un médecin dira : « il est malade », un autre : « il a une maladie ». Attitudes qui recouvrent, en fait, deux conceptions différentes de la pathologie.

La première recherchant l'influence extérieure parasite, étrangère à l'organisme, pour la déceler et la détruire. Maladie comme accident et non comme déséquilibre ou déchéance.

La seconde, où la maladie n'apparaît pas comme étrangère a l'organisme, lui est liée et se rattache à la vie même du patient : la maladie comme réaction. De même, le malade adopte l'une ou l'autre position (**), ou bien il considère sa maladie comme un accident plus ou moins grave qu'il supporte tant bien que mal, le gêne, l'oblige à prendre certains ménagements, à attendre sa disparition sous l'effet d'un traitement. Evénement qui entrave un moment, parfois arrête le sujet qui reste cependant en contact avec son activité et ne se porte pas malade pour autant.

(*) Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase, t. I, p. 229. Paris, Alcan, 1926.
(**) Baissette (G.). — Hippocrate. Grasset, édit., Paris, 1931.

Mais, autre est la position : « je suis malade », où la personne est compromise tout entière, mise hors d'usage pour un temps plus ou moins long. La partie se joue non plus sur un plan uniquement biologique, mais sur le plan même de l'existence. La vie ambiante continue sa marche, le malade suit la sienne, il y a rupture. Le malade s'accepte malade. Dans certains cas, il se réfugie dans la maladie. Malade imaginaire pour celui qui considère que le désordre organique est motivé par une attitude psychique, ou que le malaise n'a aucune réalité physiologique; mais « malade » aux yeux de celui qui considère l'angoisse d'être tuberculeux ou épileptique, ou infirme, qui ronge le corps du sujet qui vit cette menace, qui n'a plus confiance en son corps et, par là même, perd confiance en lui-même, qui se sent trahi dans sa force; il n'est que de voir l'importance que les jeunes gens accordent à leurs muscles et la prudence sourdement inquiète de celui qui, longtemps « maître de lui », perçoit son pied devenir moins sûr, son geste moins précis.

Personne n'est à l'abri de la maladie, d'une blessure, d'un accident, mais vis-à-vis de la maladie, les individus se distinguent par leur attitude devant cette possibilité de « tomber malade ».

Le refus, l'acceptation, la négligence, à moitié victime, à moitié complice, avec tous les extrêmes possibles de l'atonie, à la lutte la plus ardente.

Ce qui est important, c'est de voir de quelle façon toute maladie s'inscrit et s'intègre dans notre développement, dans le style de notre vie, comment cet accident modifie notre condition, comment nous l'assimilons, comment nous nous adoptons à lui.

Nous sommes guéris non pas seulement lorsque le processus pathologique est effacé, mais lorsque la maladie est intégrée dans le passé; lorsque nous nous considérons comme tels.

« Nous sommes choix, et être c'est, pour nous, choisir. Même cette infirmité dont je souffre, du fait même que je

vis, je l'ai assumée, je la dépasse vers mes propres projets, j'en fais l'obstacle nécessaire pour mon être et je ne puis être infirme sans me choisir infirme, c'est-à-dire choisir la façon dont je constitue mon infirmité (comme « intolé- » rable, humiliante, à dissimuler, à révéler à tous, objet » d'orgueil, justification de mes échecs ») » (*).

La maladie assimilée, parfois oubliée, devient alors un antécédent personnel qui « demeure » à sa place, à sa date, mais cesse d'agir et n'est plus gênant pour notre vie actuelle; la fissure créée par la maladie dans notre être s'est comblée.

La réflexion sur les faits et les réactions des malades à leur endroit, obligent donc le médecin à étendre le champ de son activité et à adopter devant la maladie une attitude plus complète, de la prévention à la guérison, celle-ci considérée non plus sous son aspect uniquement biologique, mais social et psychologique.

Il est des cas où ces deux aspects de la guérison coïncident. Mais, chez un grand nombre d'individus, s'observe une discordance entre les constatations cliniques, permettant de dire la guérison et la position du sujet qui reste « malade ».

En fait, cette attitude trouve sa signification dans l'analyse de ces situations.

Le sujet victime d'un traumatisme, d'une maladie, en même temps qu'il est diminué dans ses capacités de défense, se trouve souvent, en particulier à la suite d'agressions prolongées, répétées, avec des réactions émoussées. Ce sujet n'est plus le même, « il a changé ».

L'assimilation de cette situation nouvelle correspond à ce que nous désirons décrire sous le nom de « crise de réadaptation sociale », pour en dire avec le caractère aigu, dramatique, les conditions d'apparition, mais aussi les processus de résolution que le médecin devra savoir prévoir pour les guider vers un terme favorable.

(*) Sartre (J.-P.). — Etre et Néant, p. 393.

LES MODES DE DÉBUT

Ils apparaissent sous des formules assez diverses que nous analyserons après avoir présenté les observations que nous avons relevées, tant en milieu psychiatrique que dans les consultations de médecine du travail.

Il faut tout de suite noter que l'émergence de ces troubles ne se remarque bien souvent qu'à l'instant où s'atténue le traumatisme, au sens le plus large du terme. Celui-ci peut longtemps, ou en rendre l'observation difficile, ou en dissimuler, sous des symptômes d'interprétation encore délicats, les premières manifestations. Mais la composante essentielle, à la naissance de la crise, est le vécu plus ou moins exprimé, de se sentir autre, diminué et menacé.

CHEZ LES TUBERCULEUX

Observation I

L... (Germain), dix-neuf ans, est signalé au service de reclassement professionnel de l'A. P. A. S., en mai 1953, par le médecin du travail qui déconseille — à cause de l'état pulmonaire — le poste actuel : peintre au pistolet. L... travaille en plein air, sur des armatures en fer, et craint une rechute de tuberculose pulmonaire, par aspiration des brouillards cellulosiques.

Sorti de sanatorium en 1951, il a pris tout d'abord un travail de poseur de voies dans la région de Rouen, puis s'est embauché comme peintre en bâtiment.

L'histoire de sa maladie : virage de cuti-réaction en 1948; en 1949, hémoptysie. A la radiographie, caverne du sommet gauche, tâches suspectes du sommet droit, motivant son entrée en sanatorium, où les lésions sont rapidement améliorées sous P. A. S., streptomycine, cure de repos.

Pas de pneumothorax. Bacilloscopie rapidement négative. Sortie après un an de séjour, auquel, selon le témoignage du médecin-chef, ce malade adolescent s'était adapté, liant rapidement de solides relations avec des camarades de son âge.

A sa première consultation, nous étions en face d'un adolescent frêle, au teint pâle, de morphologie asthénique, à l'allure gauche, rétractée, au regard fuyant, éteint; à la parole rare, exprimant d'une voie faible, écrasée, ses craintes de rechute pulmonaire, se plaignant de tousser encore, avouant sa frayeur de mourir comme son père, d'une hémoptysie; vivant à la fois dans le regret de l'ambiance du sanatorium — « on était bien » — et le souci de ne pas y retourner malade.

Il habite seul en hôtel, prend ses repas seul, sans plaisir, sans appétit. Insatisfait de son travail, de sa vie, ayant cessé toute activité sportive. Il frappe par son attitude d'ennui, de nervosité, de dégoût de la vie avec sentiment d'abandon, d'exclusion, de malchance. S'il ne maigrit pas, il est constamment fatigué; le matin surtout, où la mise en train est difficile, et après les jours de repos qu'il voit venir sans plaisir et dont il ne sait distraire le temps.

Un bilan pulmonaire est demandé. Tous les éléments de cet examen (courbe de poids, température, vitesse de sédimentation, radiographie, tubage) sont satisfaisants.

Ainsi, guérison biologique, mais inadaptation sociale. Evolution progressive avec anxiété, dépression psychique.

Il faut noter, dans sa biographie, son éducation dans un milieu essentiellement féminin (sa grand'mère, puis sa mère); son père, employé de bureau, étant mort après une longue évolution de tuberculose pulmonaire. A son décès, L... avait sept ans.

Dernier d'une fratrie de treize, dont sept restent vivants (une sœur suicidée).

Observation II

Observation semblable, celle de :

C... (Pierre), quarante-huit ans, perceur sur machine.

Signalé au service du reclassement professionnel sur sa demande, en décembre 1953. « Il ne veut plus rester exposé aux poussières de son atelier. »

Ancien tuberculeux pulmonaire traité depuis 1947 et suivi dans le service du Docteur Bourgeois, à l'hôpital Cochin, depuis juin 1952, pour une lésion du poumon gauche, avec bacilloscopie positive traitée par P. A. S., streptomycine, cure de repos à l'hôpital puis à domicile.

Depuis un an, tous examens satisfaisants.

« Séquelles fibreuses de tuberculose pulmonaire (courbe de température, vitesse de sédimentation, recherche de B. K., à l'examen direct et après culture, négative). Amélioration progressive de l'état général, augmentation régulière du poids. Appétit régulier. »

Reprise du travail depuis un an, mais apparition de troubles divers accompagnant cette reprise du travail :

— Troubles du transit digestif, à type spasmodique, ayant fait l'objet, sur la demande du service de contrôle de la Sécurité Sociale, d'un examen spécialisé avec radiographie des voies digestives (négatif) ;

— De lombalgies d'apparition plus récente (septembre 1953) ;

— De troubles du sommeil : insomnies, dysomnie ou agitation nocturne, parfois cauchemars dont les préoccupations de santé forment le thème. Surtout, un sentiment intense de diminution vécue sur un mode agressif. Ressentiment proclamé « craché », s'accompagnant de revendications multiples, diffuses vis-à-vis de la société;

— De troubles caractériels importants en milieu familial et professionnel : impulsivité, irritabilité, impatience, colère, décharges émotives, alcoolisation probable. Recouvrant une anxiété constante à l'endroit de son état de santé, « il n'est pas guéri », il se fait suivre, ponctuel, par le phtisiologue.

Condamné à vivre malade dans un monde sans hygiène et

s'en protégeant par d'innombrables précautions dans ses déplacements, son alimentation, « on ne fait rien en hygiène, tout est sale, contaminé ». Poussières et fumées partout le menacent, en particulier, dans son travail, ce qui motive sa demande actuelle.

Observation III

Mlle X..., vingt-sept ans, internée à la suite d'un très long séjour en sanatorium, avec le certificat suivant (Docteur Carrette, 20 février 1953) :

« Troubles du caractère. Tendances aux revendications, aux violences, conflit avec son entourage, avec la Mère, les compagnes du sanatorium où elle est depuis un an, vie commune impossible (pétition de malades demandant son expulsion). Entrée en sanatorium le 10 avril 1952, pour lésions pulmonaires tuberculeuses évoluant depuis 1949, épanchement séro-fibrineux. Extra-pleural gauche à Beaujon, en 1951. Traitée ensuite à Bichat, pour un état névropathique avec mutisme, refus d'aliments (deux électro-chocs). »

Certificat qui permet de relever la succession des soins et des réactions de la malade, et de situer, par les renseignements, le début de la crise en 1951, au moment où une intervention chirurgicale réussie et un bilan pulmonaire favorable donnaient à la malade la possibilité de quitter tout établissement de soins collectifs. Solution qui, rejetée par le milieu familial, cristallisa dans de sévères manifestations névropathiques, la longue histoire d'abandon affectif vécue par cette jeune fille.

Fille unique.

Son père : tuberculeux pulmonaire, décédé alors qu'elle avait deux ans.

Sa mère l'a confiée, dès l'âge de trois mois, à des collectivités, ne prenant dès lors qu'une part très épisodique à son éducation, et se remariant quelques années plus tard.

Mlle X... est actuellement (en 1954) toujours internée, vivant isolée dans une chambre qu'elle entretient proprement, refusant habituellement tout contact, se montrant systématiquement hostile, agressive, négligeant tout contrôle de son état pulmonaire, refusant et sabotant tout traitement.

Le plus souvent alitée, elle écrit régulièrement un journal

qu'elle tient secret, ou bien tricote des vêtements à un poupon de celluloïd qu'elle habille, soigne, lave. Sur le mur, des photographies d'enfants découpées dans des journaux, et des scènes d'intimité maternelle.

D'aspect gracile, infantile, elle garde un visage dur, fermé. Sa voix est faible, sèche; ses réponses sont brèves : qu'elle se conduise bien ou mal, c'est la même chose, tout le monde lui en veut; on la prend pour une imbécile. Maintenant, on veut la faire passer pour folle. Elle n'en dira pas plus long. Elle en a déjà trop dit, « çà me fatigue de parler, j'en ai assez ».

Toute allusion à ses parents est marquée d'ironie, de mépris.

Crise grave, ayant débuté au moment de la consolidation de lésions tuberculeuses après une longue évolution en sanatorium, chez une malade actuellement internée.

CHEZ LES PSYCHOPATHES

Ce même « vertige de la sortie » (*) se retrouve chez un certain nombre de malades mentaux qui présentent, alors que les manifestations psychopathiques ont cédé au traitement, une série de troubles, d'intensité plus ou moins grande, ou même une rechute au moment où survient l'heure de quitter le milieu hospitalier. La durée et les conditions d'hospitalisation conditionnent en partie cette attitude.

Observation IV

B..., quarante-cinq ans, entré en juin 1952 au C. T. R. S., pour un état dépressif; a une activité sociale remarquable en milieu hospitalier; dirige ou organise avec succès et efficacité de nombreuses activités de groupe. Se trouve capable d'une action psychothérapique sur un grand nombre de malades, mais présente, dès qu'il franchit l'enceinte de l'hôpital (septembre 1953), un état lipothymique qui interdit encore son

(*) Blandin (J.). — Le vertige de la sortie. Thèse, Paris, 1951.

retour dans une activité sociale en dehors du cadre de vie actuelle.

Observation V

Dès que sa sortie est envisagée, B..., quarante ans, imprimeur, interné en décembre 1953 pour éthylisme chronique avec ivresses pathologiques, présente, après une cure de désintoxication et une période d'observation satisfaisante en milieu hospitalier, une série de troubles : douleurs rhumatismales, hypersomnie, réactions eczémateuses sur le thorax, impression constante de fatigue, dont le malade fait état pour affirmer qu'il n'est point encore guéri (septembre 1953).

CHEZ LES TRAUMATISÉS

A côté de ces observations qui intéressent un très grand nombre de sujets qui sortent « guéris » des cures après une longue hospitalisation soumise actuellement à des règles particulières et parfois privilégiées de traitement à l'abri momentané du monde extérieur, prennent place une série d'autres malades non moins nombreux (*) qui sont susceptibles de présenter également cette crise de réadaptation sociale : les traumatisés.

En voici quelques observations :

Observation VI

O... (Joseph), cinquante-sept ans, compagnon maçon, adressé au service du reclassement professionnel de l'A. P. A. S., par le médecin du travail, en mars 1953.

Accident en juin 1952, entraînant une fracture du calcanéum droit (chute d'un camion au cours d'une manœuvre de déchargement). Hospitalisé deux mois à Paris, sa fracture est considérée alors comme consolidée. Mais, après une

---

(*) 60.000 ouvriers, chaque année, en France, subissent, du fait d'un accident, une incapacité permanente. On estime à 1.500.000 le nombre des diminués physiques, soit 3,7 % de la population totale.

Lafay (B.). — Le reclassement des diminués physiques. Annales de Médecine sociale. Chanteray, édit., 1 vol., 1950.

tentative de reprise du travail, en avril 1953, il consulte de nouveau huit jours plus tard, souffrant de son pied traumatisé, et demandant que son état soit considéré comme rechute d'accident du travail.

Le premier examen nous met en présence d'un homme dans un état dépressif grave, paraissant plus vieux que son âge, d'affectivité labile (avec des manifestations d'anxiété diffuse et mal contrôlée) ; semi-mutisme, dysomnie, anorexie, amaigrissement progressif de 4 kilogrammes en trois mois. Isolement, inactivité, déchéance sociale progressive (il recherche sa nourriture dans les boîtes à ordures de la rue).

L'examen clinique fait le constat d'une discordance entre :

1° Les résultats de la clinique (mobilité passive et active conservée, indolore, légers troubles trophiques), les examens de contrôle satisfaisants pratiqués à la consultation spécialisée de rhumatologie et d'orthopédie...

2° ... et l'impossibilité de la reprise du travail signalée par le sujet qui avoue :

« Je ne suis plus bon à rien, mon travail est trop fatigant, je ne suis plus assez capable pour être chef de chantier. Je ne vois plus assez clair pour lire les plans. Je n'entends plus très bien. »

Compagnon d'origine rurale, de pratique scolaire presque nulle : « je ne suis allé qu'une année en classe, mes parents m'envoyaient dans les champs », entré dans le bâtiment dès l'âge de treize ans. Il apprend lui-même à lire, à écrire, devient ultérieurement compagnon, dirige des équipes de trente; autodidacte : « j'avais toujours peur de ne pas savoir commander, d'être pris en défaut, d'être inférieur » ; exprime actuellement, à l'occasion du traumatisme, son anxiété qui paralyse la reprise de tout travail. Malade suivi en psychothérapie trois mois. Brusquement, il reprend la truelle et tout va bien.

Observation VII

M... (Robert), quarante-neuf ans, maître charpentier, victime d'un accident du travail en 1949, luxation de l'épaule droite avec fracture de la tête humérale entraînant, après intervention chirurgicale (arthrodèse), une forte impotence fonctionnelle avec limitation des mouvements d'élévation du

bras à 48°. I. P. P. : 42 %. Difficulté majeure dans l'exercice de son travail.

En conclusion d'examen psychotechnique du service des accidents du travail, il est déclaré apte à un poste de pointeau ou conducteur de travaux. M... refuse toute offre d'emploi, toute indemnité de chômage, mais effectue l'essai, plusieurs fois, de reprendre son poste de travail antérieur :

« Pour le travail au sol, les parquets, ça va ! Dès qu'il faut monter sur les charpentes, impossible. Alors, je pars. Je ne ne leur ai jamais dit pourquoi. »

Très qualifié, son retour est sollicité en vain par son entreprise. Il nous confie :

« Si c'est pour m'entendre dire que je suis un déficient, ce n'est pas la peine. Je sais que cette affaire d'infériorité restera. »

D'aspect athlétique, musculaire, hypersthénique, M... garde depuis son traumatisme une attitude de refus devant son infirmité physique. Ecarté de l'exercice de sa profession, il devient, en milieu familial, autoritaire, violent, exigeant, susceptible envers les siens et envers lui-même.

Pour des raisons financières, il s'embauche un mois, en août 1953, comme contrôleur dans une usine; il reste étranger à la maison; « la blouse blanche ne convient pas à un ancien maître charpentier ».

Des troubles digestifs se developpent. Un ulcus gastrique est décelé à la radiographie, en octobre 1953. Il nous en fait l'annonce avec joie : « on va l'opérer, il sera guéri ».

Autre accident, « incident qui a mal tourné », dont l'analyse montre l'importance de toute modification brutale de la personnalité qui nous fait « un autre », qui « nous change » et oblige à une adaptation de soi à soi.

Observation VIII

P... (Hector), cinquante ans, compagnon maçon, signalé par le médecin du travail, après démarche de l'employeur. Nécessité de reclassement professionnel à la suite d'un accident du travail.

Fin octobre 1951, P..., sur un chantier, est blessé par un clou, au niveau de la face dorsale de la main droite, et néglige les premiers soins (*); l'infection se développe les jours suivants. Une incision superficielle insuffisante ne permet pas d'enrayer l'évolution d'un phlegmon. Une intervention chirurgicale est nécessaire en milieu hospitalier, et entraîne l'amputation du médius droit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Drainage et soins locaux terminés trois mois plus tard, il est conseillé au sujet de rentrer chez lui, de faire masser sa main tous les deux jours et d'entraîner les mouvements de ses doigts en roulant du papier, en ramassant des épingles, ce à quoi le malade s'applique avec conscience pendant un mois : « Je ne faisais que çà devant une table ».

Le 5 mars 1953, la reprise du travail se fait dans son poste de maçon (I. P. P. : 35 %), malgré lui :

« Je voulais bien reprendre, mais je n'étais pas sûr. Je ne me sentais pas libre de la main, gourde, sans force. »

Le médius amputé, doigt fantôme, reste perçu en extension et entraînant, dans l'anxiété de « sentir buter », des mouvements brusques et mal contrôlés de la main.

Le jour même de la reprise du travail, ce compagnon fait, de l'échafaudage, une chute de 5 mètres sur le pavé et est transporté à l'hôpital dans le coma. Un témoin de l'accident évite de peu la planche que l'ouvrier laisse tomber.

Le malade explique actuellement le mécanisme de sa chute : « une perte d'équilibre. J'ai voulu saisir une planche, je ne serrais pas. Je ne connaissais pas ma main, pourtant j'ai fait des exercices ».

Connaissance inexacte de sa force, troubles de la somatognosie font l'essentiel de l'impotence complexe de cette main, où s'intriquent :

1° Des éléments liés à une diminution de la force dans les mouvements de préhension et d'opposition des doigts; au dynamomètre : index, 95 à gauche, 15 à droite (cette impotence joue actuellement dans des actes tels que porter une

---

(*) Les plaies de la main et des doigts constituent environ le tiers des accidents du travail.

Merle d'Aubigné et Tubiana. — Traumatismes de la main et des doigts. Affections traumatiques. Flammarion, Paris, 1951.

brouette, le brancard tenu de la main droite échappe au bout d'un moment). Une raideur des articulations inter-phalangiennes de l'index, de l'annulaire et du cinquième doigt, avec perte de la capacité de flexion complète des doigts, sans paralysie des nerfs moteurs de la main;

2° Des troubles vaso-moteurs et trophiques, surtout marqués aux variations atmosphériques, importantes à considérer sur le plan professionnel, main droite plus froide, plus rouge, à la peau succulente et moite, aux ongles dystrophiques, dont les plaies banales guérissent mal et s'infectent vite. Moignon d'amputation douloureux à la palpation;

3° Des troubles de la somatognosie : doigt fantôme apparu dès l'amputation, perçu en extension, « menacé » dans les gestes, prurigineux à son extrémité.

Il existe une perturbation grave portant sur l'appréciation des poids qui, perçus différents par la main gauche, sont appréciés identiques par la main blessée.

Ces troubles de la somatognosie sont, de l'avis même du sujet, à l'origine de sa chute et du deuxième accident grave qu'elle a entraîné.

Malade, là encore, guéri sur le plan strictement chirurgical, mais inapte à la reprise de son travail, exposé dans sa profession tant que n'ayant pas réintégré — selon son expression — toute la connaissance de sa main et, par là, de lui-même.

Déjà, Weir Mitchell avait noté, parmi les amputés de la guerre de Sécession, que l'apparition des membres fantômes dépend de l'attitude psychologique en face de l'amputation et que, fréquents dans l'armée yankee, les fantômes n'existaient pas chez les noirs de l'armée sudiste.

Sur le plan clinique, il convient de rappeler les divers modes de réactions individuels devant l'amputation (*), l'inexistence de membres fantômes chez l'enfant amputé jeune. Son absence lorsque l'amputation est la suite d'un épisode morbide de longue durée qui la rend supportable au malade.

(*) Riese (W.). — Neue beobachtungen den phantomglied. *Deutsch. Zeitschr. f. nervenheilk.*, vol. 127, 1932.

Sur le plan thérapeutique, la disparition du membre fantôme, après une psychothérapie qui obtient l'acceptation du traumatisme.

Depuis l'exemple classique du cavalier tombant de son cheval, alors qu'il veut saisir les rênes de sa main illusionnelle, sont fréquemment rapportés les accidents dus aux troubles de la somatognosie. Il permet de saisir les importantes perturbations que crée dans l'adaptation sociale du sujet toute modification de soi-même vécue dans une forme d'anxiété compromettant la synthèse de sa personnalité.

Parmi les accidents, les traumatismes craniens tiennent une place importante dans les milieux du bâtiment et des travaux publics. Le devenir social de ces malades n'a pas fait l'objet, jusqu'ici, de travaux d'ensemble.

« La connaissance des accidents qu'ils déterminent est incomplète et leur degré de curabilité n'a pas été établi par la neurologie » et, cependant, en raison de leur fréquence (le quart de tous les traumatismes), de leurs conséquences, ils constituent un problème que P. Puech (*) rapprochait en importance de ceux posés par la tuberculose ou le cancer. En fait, les séquelles qu'ils comportent ne sont pas toutes essentiellement neurologiques.

La psychologie du sujet témoigne de l'attitude sociale vis-à-vis des trépanés, des réactions de la victime à l'endroit même de sa blessure, de sa confusion, de l'intervention chirurgicale au niveau de « la tête », du devenir de ses capacités et de l'appréciation de son entourage sur celles-ci. L'observation que nous rapportons isole, à l'occasion d'un rappel émotif, toute l'anxiété qui peut s'attacher à cette condition.

Observation IX

M... (D.), trente et un ans, toupilleur, adressé au service de reclassement professionnel de l'A. P. A. S. par le médecin

(*) Puech (P.). — Traumatismes cranio-cérébraux. Legrand, édit., Paris, 1949.

du travail, pour séquelles de fracture du crâne entraînant une hypersensibilité au bruit et aux vibrations, et inaptitude à rester machiniste dans une menuiserie. Le traumatisme cranien de 1952 est en réalité le troisième subi par cet ouvrier spécialisé.

En 1937, fracture du crâne à la suite d'un état comateux pendant huit jours (accident de circulation) ; trépanation, région pariéto-frontale gauche; taux d'invalidité de 25 %. Reprise du travail. Rien à signaler pendant dix ans.

En 1947, contusions simples et commotions au cours d'un accident du travail : une courroie décrochée tombe sur sa tête. Pas d'intervention; séquelles légères à forme de céphalées et d'une certaine fatigabilité.

En 1952, il heurte la courroie de sa machine, au niveau de la zone de trépanation. Incident sans gravité apparente, qui n'entraîne sur le champ aucune manifestation pathologique, mais qui déclenche le rappel émotif des accidents antérieurs. C'est au début d'une crise dépressive que nous prenons contact avec ce malade qui se présentait, en mai 1953, comme anxieux, développant des craintes à l'endroit de son travail. Excellent ouvrier, il vit depuis lors dans la « peur de la toupie », la peur de devenir épileptique et, en même temps, apparaissaient :

— Des céphalées de faible intensité, mais persistantes, calmées seulement par l'isolement;

— Des bourdonnements d'oreilles accompagnés de sensations vertigineuses, mais non de vrais vertiges;

— Une hypersensibilité aux bruits, aux vibrations;

— Une fatigabilité rapide;

— Un état d'anxiété diffuse, avec des expressions plus nettes dans les endroits clos (ne peut plus utiliser le métro dans ses déplacements) ;

— Des troubles de l'humeur et du caractère en milieu familial. De caractère gai, il devient triste, insociable, coléreux, s'isole de plus en plus; son activité se réduit à du bricolage, à la lecture d'ouvrages médicaux.

Si son appétit est conservé, il maigrit progressivement depuis deux mois et devient hypersomnique. Le sommeil n'est

nullement réparateur. Il se réveille « abruti », « la tête vide », anéanti.

Le bilan neurologique (E. E. G. F. O.) se révèle négatif. Névrose traumatique conditionnant une inaptitude professionnelle grave, étant donné l'âge du sujet et sa position familiale (marié, quatre enfants).

Au cours de cette phase d'anxiété, un accident du travail est à relever, section d'un doigt par la machine : « Je deviens maladroit ».

CHEZ LES CARDIOPATHES

Nous avons vu, déjà, l'apparition de ces crises de réadaptation sociale se situer après une hospitalisation prolongée (tuberculose, maladie mentale, traumatismes graves) ou après toute mutilation modifiant l'équilibre de la personnalité, et où la gravité du dommage organique n'est pas nécessairement parallèle à l'importance des réactions du sujet à son égard. L'angoisse qui recouvre cette situation et qui lui succède, naît pendant que se déroule toute la crise et que se trouvent mis en question les rapports entre les possibilités nouvelles, mal connues, peut-être réduites, de l'organisme et la réaction exigée par le milieu, où la confrontation avec celui-ci prend la forme dramatique et redoutable de la « minute de vérité ».

Il est, en pathologie, une menace qui est certainement, aujourd'hui, parmi les plus fréquentes origines de la crise que nous décrivons : les cardiopathies dans leur rapport avec l'activité sociale des sujets.

L'acuité de la menace et de l'atteinte cardiaque se symbolise dans le langage : « être touché au cœur », « avoir le cœur gros », « se ronger le cœur », « prendre à cœur », toutes expressions qui traduisent et parfois conditionnent et entretiennent la profondeur de la blessure.

Cardiopathies, séquelles de rhumatismes articulaires aigus, fréquentes chez des sujets en cours ou en fin d'apprentissage ou au début de leur carrière.

Développement d'hypertension à un âge habituellement plus avancé mais encore situé dans la période active de la vie, dépisté au cours d'un examen de médecine du travail, ainsi qu'un certain nombre de cardiopathies congénitales, autant de « découvertes » susceptibles d'avoir de graves conséquences psychologiques et professionnelles et ouvrir pour plusieurs sujets une crise de réadaptation sociale.

Observation X

G... (Gilbert), seize ans, adressé par le médecin du travail. A commencé depuis quinze jours un apprentissage de monteur en chauffage. Présente une cardiopathie congénitale absolument incompatible avec son métier. Depuis son arrêt de travail, manifeste des troubles de l'humeur et du caractère; en milieu familial, hostilité vis-à-vis du père et de la mère. « Il devient aigri, nous avons peur (nous dit la mère) qu'il ne fasse des bêtises ». Jalousie envers un frère plus jeune mais plus fort et travaillant. Réactions marquées à certaines situations traumatisantes. Il vient de remplir, à la Mairie, des feuilles réservées aux incurables. « Que l'on me dise, alors, que je suis incurable. Je n'ai plus qu'à me tuer ! »

Une forte maturité affective compense actuellement sa diminution physique, dont la seule manifestation fonctionnelle est une dyspnée d'effort de faible intensité avec récupération lente du rythme respiratoire normal.

Conclusions du Professeur Soulié : « Cardiopathie congénitale non opérable, ne nécessitant aucun traitement actuel, de bon pronostic vital et n'entraînant pas d'inaptitude professionnelle particulière en dehors des gros travaux ».

Cet apprenti, suivi en internat deux ans à Garches et à Berck, à la suite d'un traumatisme vertébral dont il ne reste actuellement aucune trace clinique, a regagné de lui-même un important retard scolaire. A passé son C. E. P. et, ne désirant dès lors que travailler, avait pris le poste de monteur en chauffage, incompatible avec son état.

La reprise du travail rapide (trois semaines après sa première visite) mettrait un terme à ces premières manifestations de désadaptation sociale.

Observation XI

G... (Roger), vingt-six ans, monteur en chauffage, signalé en juin 1953 par le médecin du travail, pour malformation cardiaque congénitale grave et, éventuellement, reclassement professionnel.

Aide-monteur en chauffage depuis 1950, après avoir essayé, sans succès, au Centre de Royat, diverses formations proposées.

A été, dans son enfance, hospitalisé longuement dans des services spécialisés pour sa cardiopathie.

« J'étais le malade que l'on montrait, l'extraordinaire, j'ai vu trop de médecins. »

Il n'existe pas, actuellement, de manifestations fonctionnelles en rapport direct avec la malformation cardiaque. Pas de dyspnée d'effort. Porte, comme tout autre de ses camarades, des radiateurs au cinquième étage, sans gêne particulière. Parfois, douleurs dans l'aire précordiale, d'intensité sourde, inconstante dans son siège, localisées, parfois plus diffuses, sans irradiations systématisées dans le membre supérieur gauche, le cou ou le rachis dorsal, d'une durée également variable d'une à vingt minutes, n'entravant pas le travail ou les occupations, « conjurées » par divers mouvements respiratoires ou un certain rituel obsessionnel. « Ma douleur cessera si je compte de un à vingt sans reprendre souffle. »

Douleurs non liées nécessairement à l'effort, survenant dans des circonstances variées, au repos ou dans la nuit. Les phénomènes « d'essoufflement, d'étouffement » signalés ne sont nullement en relation avec l'effort remarquable que ce malade fait depuis trois ans dans sa profession. Ils apparaissent, par contre, dans les endroits clos, en ville, dans le métro, pas à la campagne.

L'analyse des troubles met en évidence une discordance entre les efforts et les phénomènes dont se plaint le sujet, qui sont des manifestations d'anxiété chez un sujet émotif. Pouls : 120, tremblement digital, instabilité vaso-motrice, mydriase, sudation des mains. Les extrémités des doigts hippocratiques subissent une véritable mutilation par onychophagie. Urticaire dans la région inguinale.

L'examen clinique montre chez ce sujet de morphologie athlétique, contrastant avec un développement musculaire satisfaisant, un effondrement médio-sternal déplaçant le cœur vers la gauche. Retard du pouls droit sur le gauche; pouls régulier avec écart tensionnel entre les chiffres notés aux bras gauche et droit. Cette malformation a été déclarée susceptible de bénéficier d'une intervention chirurgicale que le sujet rejette d'une façon systématique : « J'ai voulu voir ce que j'étais capable de faire », nous dira le sujet, au début très réticent dans l'exposé de sa situation, qui semble vouloir faire, devant lui et devant les autres, l'essai de toutes ses capacités et la preuve non seulement de leur existence mais aussi de leur supériorité. Démonstration qui se construit dans une forte tension anxieuse.

Observation XII

B... (Raymond), trente-trois ans, origine italienne, signalé par le médecin du travail :

« Actuellement, peintre. Cardiopathie très marquée. Son métier, bien que n'étant pas parmi les plus pénibles, fait craindre une décompensation assez rapide.

« Bilan cardiaque (23 décembre 1953). — Lésion combinée, mitrale et aortique (souffle diastolique discret), arythmie complète, dilatation cardiaque considérable. Déviation à gauche de l'axe électrique avec signes de surcharge ventriculaire. Fibrillation auriculaire. Pas de symptôme de décompensation actuelle. »

Cardiopathie secondaire à une crise de rhumatismes articulaire aigus en 1947, et suivie depuis 1948, n'entraînant qu'une gêne fonctionnelle réduite. Pas de douleur, mais dyspnée d'effort, d'apparition relativement rapide (troisième étage) avec reprise lente du rythme respiratoire normal.

La découverte et le développement de cette cardiopathie, dont le sujet de morphologie asthénique, longiligne, s'entretient d'une voix basse, monotone, entretiennent depuis trois ans un état d'anxiété considérable.

Marié, père d'un garçon de quatre ans, bien adapté jusqu'alors à sa profession, il redoute actuellement les conséquences prochaines de sa cardiopathie.

Il devient « nerveux », taciturne, irritable, impatient. Son appétit est bon, mais le transit digestif est perturbé. Il a interrompu son travail en 1952 pour traiter un ulcère gastrique. Le sommeil est modifié, l'endormissement devient difficile, parfois cauchemars avec préoccupations de santé, dysomnie, fatigue au réveil.

Amaigrissement progressif depuis quatre ans. L'examen note une forte instabilité vaso-motrice. Sueurs profuses, hyperréflexie tendineuse, tremblement émotif, mydriase, hypotension artérielle : 10 - 8.

Dans le cadre des maladies hypertensives nous tenons à replacer, comme forme d'apparition des crises que nous décrivons, quelques observations. La fréquence en est diversement appréciée, et on connaît les études faites sur l'hypertension comme manifestation psychosomatique. Les conditions d'apparition sont diverses; un accident brutal, des manifestations fonctionnelles diverses ou la découverte d'une hypertension artérielle, en particulier dans les milieux du travail où l'examen systématique peut révéler une élévation notable des chiffres tensionnels.

La connaissance de cette hypertension d'où peut naître non seulement une véritable psychose du sphygmomanomètre (Lipkin), mais aussi ouvrir une crise de réadaptation, peut poser au médecin du travail, là comme dans d'autres domaines de son activité, un très difficile problème, à l'instant où la découverte d'une anomalie susceptible de compromettre l'aptitude du sujet à son travail, de le menacer à échéance plus ou moins lointaine, l'oblige :

— A considérer tous les éléments proprement cliniques (diagnostic et pronostic) liés à la forme d'hypertension découverte;

— A juger de leur importance et de leur liaison, dans le passé comme dans le futur, avec le poste de travail et la situation générale du sujet;

— A considérer, enfin, l'influence psychologique de cette découverte pouvant faire brusquement d'un sujet se consi-

dérant en bonne santé, un « cardiaque » avec toute l'anxiété légitime ou systématisée qui naît de la connaissance de son affection et qui est susceptible d'aggraver les troubles physiques.

En voici quelques exemples :

Observation XIII (*)

M... (A.), quarante-trois ans. Antécédents familiaux : mère morte jeune, de cause inconnue; père mort par ictère, à soixante ans, après une hypertension de longue date; un frère et deux sœurs normotendus.

Le père autoritaire, dur envers le fils. Celui-ci n'admettait pas son autorité et rejetait son affection. Enfance normale au début, avec bonne adaptation scolaire jusqu'à la mort de sa mère, à douze ans. A dater de cette époque, l'enfant fréquente de moins en moins l'école. A dix-sept ans, abandonne ses études, commence à travailler, puis s'engage dans la marine où il reste sept ans. Il se marie peu après avec une femme fort douce, à laquelle il n'a rien à reprocher, mais qu'il trompe néanmoins.

A quarante ans, après quinze ans de mariage, il décide de divorcer, ayant une liaison durable. Deux jours après le divorce, sa femme meurt subitement. Il se remarie un mois plus tard (plus vite qu'il ne pensait avant le décès de sa femme). Il ne cesse de se reprocher la mort de celle-ci.

A l'occasion de la visite prénuptiale obligatoire, son médecin trouve une tension artérielle à 160 - 170 - 100, avec aorte déroulée. Deux mois plus tard, tension artérielle à 220, puis 200 et 210. Dix-sept mois après la première prise de tension artérielle, nous lui trouvons 210 - 130 avec cœur normal. Le bilan humoral (électrophorèse comprise), l'électrocardiogramme sont normaux. Fond d'œil stade II - III, donc notablement perturbé. T. A. R. d. 65 - 65. Le malade se plaint de malaises multiples : oppressions, céphalées, bourdonnements, tendance lipothymique, tremblement et, surtout, une impuis-

(*) Observation rapportée par Sapir (M.) et Lévy (R.). — Quelques remarques sur la cure de sommeil, *La Raison*, n° 6, p. 67.

sance sexuelle totale depuis son remariage. Mais, malgré tous ces troubles nerveux, « ses remords », ses difficultés professionnelles, son sommeil reste excellent, comme par le passé.

Observation XIV

V..., vingt-deux ans, plâtrier, est vu à la consultation spécialisée de cardiologie, en janvier 1951. Il existe des crises de rhumatismes articulaires aigus dans ses antécédents; après avoir été pris dans le service armé, il est réformé n° 2 peu après son incorporation.

Il accuse quelques signes fonctionnels, dyspnée, palpitations, douleurs précordiales, et aurait eu une petite hémoptysie après un effort. A l'examen, on ne trouve pas de lésions cardiaques certaines, mais une tendance au déroulement du second bruit. L'électrocardiogramme est normal; en scopie, ombre cardiaque allongée, longiligne.

Le métier de plâtrier est cependant estimé peu recommandable, ce qui motive sa consultation au service du reclassement professionnel de l'A. P. A. S. Il y vient, fait les démarches qui lui sont indiquées par la Sécurité Sociale; sur le point de partir dans un centre de réadaptation, à Royat ou Sarcelles, il voit brusquement sa situation transformée par la mort de son père, entrepreneur maçon.

V..., le plus jeune et le moins « doué » entre ses frères, resté dans la dépendance de l'autorité paternelle et s'opposant de plus en plus à elle, reprend, sans aucun trouble, trois mois après la mort de son père, la conduite de l'entreprise.

Observation XV

M..., dix-huit ans, Nord-Africain, manœuvre-menuisier. A l'occasion d'un examen systématique, une lésion mitrale est découverte, et son inaptitude à ce travail est déclarée. Révélation qui, jointe à des difficultés familiales entre son père et lui (le reste de la famille étant en Algérie), semble avoir déclenché une décompensation de ses lésions cardiaques, nécessitant une hospitalisation.

Reprenant progressivement confiance, grâce au service social qui a pu le placer dans une entreprise, comme mousse, où il

est devenu, un peu plus tard, petit compagnon, ayant refusé d'être rapatrié malade et inapte en Algérie, il pense aujourd'hui revenir chez lui ouvrier qualifié, avec un état de santé redevenu satisfaisant.

Voici donc situé le début de la crise de réadaptation ouverte à l'occasion des circonstances que nous avons vues. Nous avons noté dans certaines observations (observations VI et IX), la discordance existant entre la bénignité du fait objectif : un dosage sanguin, une image radiologique à la limite de la normale, une parole mal interprétée et l'anxiété développée par le sujet, dont le meilleur test est la forme d'impuissance qu'il apporte dans les conduites du sujet, en particulier dans une des plus différenciées et des plus rapidement menacées : le travail paralysé, ralenti.

A L'OCCASION D'ÉVÉNEMENTS DIVERS

A côté de ces bouleversements organiques, de ces « accidents » qui supportent le développement de crises que l'on pouvait dire « compréhensibles », « légitimes », mais, en fait, d'intensité, de qualité et, surtout, d'évolutions fort diverses, prennent place des situations — que ne paraît motiver aucune faille biologique — qui échappent habituellement à la conscience du sujet, et échapperaient également à la connaissance du médecin qui ne saurait appréhender les éléments sémiologiques qualifiés vagues et insuffisants pour expliquer une condition dont ils ne sont effectivement, au début tout au moins, pas la cause mais les témoins.

Cette condition est celle que l'on observe chaque fois que se trouve modifié, changé, ou simplement menacé, le rôle social que chacun joue. Modifications profondes dans la structure familiale entraînant dans l'intimité du sujet des bouleversements divers.

Modifications également, ou arrêt dans le développement,

et jouant surtout sur un plan non plus tant d'affectivité, mais de valorisation sociale; fonctions d'une hiérarchie de valeur ou de personnes que l'on reconnaît ou qui sont imposées telles.

Plusieurs observations en font foi, qui intéressent en particulier les premières étapes de personnalisation sociale et, à l'autre pôle de l'existence, le moment où le sujet voit ses capacités d'adaptation au travail se réduire de façon plus ou moins brutale et en perçoit la menace.

Observation XVI

V... (Charles), trente ans, employé de bureau, adressé par le médecin du travail. Au cours d'un examen systématique, découverte d'hématomes. Le sujet avoue avec réticence être frappé par ses camarades de bureau. Convoqué, il se présente accompagné de sa mère, dès l'abord inquiète, méfiante de la portée de ce rendez-vous, puis coopérant bientôt, car il s'agit d'améliorer la situation de son fils.

M[lle] V... n'est pas mariée. Fille unique, sa mère l'a élevée seule, étant elle-même « fille-mère ». D'abord institutrice, puis secrétaire dans un poste administratif assez important, elle conduit seule l'éducation de son fils, rejetée par un milieu familial rigide :

« Je l'ai gâté, je le gâte, tout le monde me le dit (*) ». Ou bien, évoquant sa situation d'abandon, confie en lapsus : « J'allais épouser mon fils ».

En fait, un véritable couple s'est créé dans ces circonstances, renforcé et aliéné jusqu'alors par l'attitude sociale. Ironie, moquerie, toutes formes mineures d'agressivité. Le fils rejoint sa mère à la cantine, qui le raccompagne à son bureau. Sorties communes le dimanche.

(*) Nous retrouvons là, dans le langage populaire, une grande richesse psychologique. *Cf.* :

Galichet (G.). — Essai de grammaire psychologique. *P. U. F.*, p. 214. La notion d'altération de détérioration : un fruit se gâte, se pourrit, expressions se rattachant toutes à la représentation globale d'une atmosphère lourde, chaude, moite, fermée, couvée, où toute vie d'abord protégée dans sa maturation première, se trouve privée des éléments propres à son épanouissement.

Le fils, sous un aspect infantile, est d'un niveau intellectuel moyen. A pu faire des études satisfaisantes. Il n'ose s'exprimer en présence de sa mère ou, lorsqu'il le fait, parle d'une voix explosive, rauque, mal placée.

« Il n'est pas comme les garçons d'aujourd'hui, butés et mal élevés. »

Dans son travail, il est l'objet d'une série de plaisanteries de la part de ses camarades. Il trouve refuge dans l'autorité d'une femme, chef de service, et n'ose protester « de peur de perdre sa place ».

Même attitude au moment du service militaire. Sa mère réussit à le placer dans un bureau. Dans cette situation, il est cependant blessé par imprudence, éclats de balle dans la jambe droite, entraînant des séquelles trophiques avec fortes varicosités pour lesquelles sa mère essaie d'obtenir, avec une pension, un emploi réservé.

En dehors de son travail, pratique des collections et l'élevage d'animaux dont il garde l'odeur, ce qui amplifie ses difficultés de contact.

L'examen montre, avec les séquelles trophiques du membre inférieur droit, une légère surcharge adipeuse, des réactions allergiques cutanées et des manifestations diffuses d'émotivité, accentuées depuis le terme d'une fièvre typhoïde grave, il y a trois ans.

Apragmatisme sexuel.

L'anxiété de ce sujet se développe devant toute modification susceptible de perturber sa situation. Il est timide, « on le regarde », « on le surveille » ; il devient de plus en plus méfiant, jaloux ; répond par des réactions impulsives à l'attitude de son entourage qu'il interprète et qu'il redoute.

Observation XVII

C... (Michel), dix-sept ans, adressé par le médecin du travail. « Inapte » dans les deux entreprises où il travaillait comme électricien.

L'examen neurologique note une légère hypotonie de repos, plus nette aux membres supérieurs, et des syncinésies à la mobilité volontaire, avec un mouvement un peu lent, mais qui s'adapte bien à l'épreuve demandée, qui est précis,

Il n'existe pas de signes pyramidaux, cérébelleux, ni extra-pyramidaux; il s'agit d'une légère débilité motrice constitutionnelle. Le fond d'œil, les radiographies du crâne, les E. E. G. sont normaux.

Les mouvements de type choréique qu'il a présentés doivent être interprétés comme des tics. Ils sont apparus secondairement, vers l'âge de cinq ans, se sont améliorés par psychothérapie. Episode assez long d'ictère à la naissance.

Sa mère l'accompagne et expose pour son fils, apparemment indifférent à ces tribulations, les circonstances de son développement. Né avant terme, a marché à dix-huit mois. Enfance fragile, scolarité avec léger retard sur les camarades, C. E. P. avec succès, mais deux échecs successifs dans l'apprentissage électrique où le « poussent » ses parents.

Adolescent retardé, scoliotique, de morphologie infantile, figé dans une attitude passive, parlant peu et bègue; fortement émotif (l'émotion se traduit chez lui par un subictère conjonctival d'apparition rapide).

Les difficultés d'adaptation semblent tenir essentiellement, non pas à ses légers troubles moteurs, mais à l'attitude des parents qui, tout en réclamant une solution, se conduisent comme s'ils désiraient l'éviter. Père effacé et anxieux. Mère au « maternalisme » tenace, dont l'attitude voue à l'échec toute tentative de « sevrage » recherché d'abord dans une cure de psychothérapie conduite par un psychanalyste, et les essais ultérieurs dirigés dans le même sens.

C'est dans ce sens que s'établit depuis plusieurs années, en psychiatrie, la notion psychopathologique d'arriération affective.

Nous en trouvons, dans ces deux observations, des exemples où l'évolution de la personnalité de ces sujets, à la faveur de processus biologiques (chez le premier, graves manifestations allergiques et fièvre typhoïde prolongée dont on sait les retentissements encéphalitiques; chez le second, immaturation du système nerveux avec épisode ictérique prolongé dans les premiers jours de la vie et retard psychomoteur), se trouve fixée sur des types de comportement infantile, de manière transitoire ou définitive.

Arriération affective, d'apparition plus ou moins précoce, où des éléments divers entrent en jeu : infériorité psychique, structure familiale, enfant unique, petit dernier (*), attitude des parents.

Si ce comportement d'arriération se rencontre habituellement comme une crise d'adolescence qui ne finit pas, il est possible de le retrouver alors que des événements particuliers — longue hospitalisation, captivité — ont pu modifier le développement des sujets, entraînant une véritable régression de ses conduites.

Si toute pensée du futur est angoisse, la révolte contre le devenir a pour racine la peur, le regret, le souvenir de plaisirs, la crainte de souffrances. Ces attitudes de refus du temps émanent de notre affectivité et sont des états de désadaptation au temps (**).

Observation XVIII

R... (René), trente-cinq ans, menuisier sur machine. Une sœur plus âgée de quatre ans, il est élevé par sa grand'mère, puis par sa mère; son père meurt tuberculeux, après une longue évolution pathologique. Son fils est alors âgé de douze ans et semble avoir été particulièrement ému de cette mort.

Apprentissage de menuiserie en internat.

Pleurésie à dix-huit ans, qui entraîne un séjour en sanatorium : « On aurait pas dû, ça a tout gâché ».

Mobilisé en 1939 et fait prisonnier en 1940, cinq ans de captivité à Berlin, soumis à des bombardements violents, non blessé. Rapatrié, il reste six mois inactif — « je n'étais pas dans l'ambiance, rien ne m'intéressait » —, puis reprend progressivement son travail.

Célibataire, il vit avec sa mère, mais fait, en 1949, la connaissance d'une femme, mère de deux enfants. Un conflit toujours actuel se développe entre lui et sa mère à ce sujet.

(*) Le plus grand danger pour l'enfant consiste en ce qu'il reste fixé à la famille et devient par suite inapte à la vie.

Stekel (W.). — Les états d'angoisse nerveux et leur traitement, p. 689. Payot, 1930.

(**) Alquié (F.). — Le désir d'éternité. *P. U. F.*, Paris, 1953, p. 59.

Apparition de tics, lombalgies nécessitant des consultations de rhumatologie, « dorso-lombalgie » d'origine statique, inversion de la courbure, aspect cunéiforme de la première lombaire, traitées par gymnastique et massages, sans forte amélioration.

Réduction progressive des activités : sports, sorties. Hypersomnie. Asthénie ne cédant pas au repos.

Troubles de l'humeur et du caractère, il est moins gai, moins patient, coléreux. Suivi à l'hôpital Henri-Rousselle pour hyperthyroïdie dont on ne constate actuellement aucune manifestation clinique (M. B. + 13).

Cet état semble lié à la situation conflictuelle du sujet. Sexualité perturbée. Insatisfaction, sensation d'épuisement et lombalgies persistant plusieurs jours après les rapports qui sont rares.

Il est à noter, cependant, la régression complète et immédiate de toutes ces manifestations dans une circonstance : les séjours, chaque année, dans une maison de repos, établissement dirigé par un ancien prisonnier, de discipline assez rigoureuse; milieu masculin communautaire, où le malade, séparé de sa mère et de son amie, se trouve en parfaite santé. Les troubles réapparaissent dès le retour du sujet à Paris.

Observation XIX

D..., vingt ans, maçon, adressé pour reclassement professionnel. Depuis trois mois, lombalgies, céphalées, asthénie, amaigrissement; se plaint de ne pouvoir poursuivre son travail.

Le début des troubles est, en fait, secondaire à la disparition de son compagnon, homme énergique, pour lequel il a de l'admiration et de l'affection, qui l'a formé en lui confiant peu à peu des tâches de plus en plus difficiles, encourageant ou faisant la critique de ses actions à la fin de son travail. L'apprenti, anxieux, conduit sous sa direction un apprentissage de valeur (prend goût à son travail). Au départ du chef, la direction de l'équipe reste à D..., promu compagnon. Excellent collaborateur, exécutant scrupuleux, D..., seul, ne peut assumer sa nouvelle responsabilité. Il « s'affole », se trou-

ble dans ses décisions, hésite, devient malade, essayant d'échapper à sa condition de responsable.

Le bilan clinique est négatif; tous les examens complémentaires (rhumatologie) sont satisfaisants. Trouvant une situation comportant une responsabilité plus contrôlée, D... n'accuse actuellement, et depuis plusieurs mois, plus de trouble (janvier 1954).

Enfin, ces conditions se remarquent au moment où l'individu se trouve réduit, par l'âge, dans ses activités et voit son aptitude professionnelle compromise. On sait la crise dangereuse que la retraite fait surgir dans la vie du sujet dont l'existence est absorbée tout entière dans un seul type d'activité dont la disparition subite crée le vide.

Les progrès même de la médecine ont entraîné une évolution démographique telle que la durée actuelle de la vie humaine est passée de quarante ans au début du siècle à plus de soixante-cinq ans en moyenne (*).

Le nombre des travailleurs âgés s'accroît, et beaucoup se trouvent pris entre la nécessité actuelle qui leur est faite de poursuivre une tâche au-dessus de leurs possibilités déclinantes et l'inactivité brutale, à l'occasion d'une défaillance organique qui menace l'aptitude du sujet et place le médecin du travail devant une responsabilité grave :

Observation XX

M. X..., soixante-sept ans, compagnon maçon. Hypertension artérielle (28 - 11), sans troubles fonctionnels actuels. Séquelles d'hémiplégie droite secondaire à un ictus, il y a dix ans, se traduisant par une paresse légère au niveau du membre supérieur, plus nette encore dans les mouvements fins de la main, phénomènes vaso-moteurs associés.

Pas de troubles du langage, pas de déficit intellectuel. Ethylisme chronique, cinq à six litres avoués depuis vingt ans, remarquablement tolérés, évoluant, secondaire à un conflit

(*) Boverat (F.). — Le vieillissement de la population. Editions Sociales françaises, 1946, p. 64.

conjugual grave et toujours actuel. Compensation dans le travail, « redoute le soir, les jours de congé ». Est resté jusque là un remarquable ouvrier.

L'adaptation, au cours de la vieillesse, se présente sous un double aspect. Adaptation au monde extérieur, mais aussi adaptation à notre vieillesse.

« Bien vieillir » (*) apparait comme l'épanouissement de l'âge critique, où les mécanismes de spiritualisation psycho-affective, en se développant, se présentent comme un effort de l'évolution et peuvent se trouver renforcés par les effets de crises antérieures dépassées et dans lesquelles le sujet s'est construit en se grandissant.

Il y a dans cette conduite un domaine où le médecin du travail doit pouvoir jouer un rôle psychologique important dans la préparation, au cours de l'âge adulte, de cette évolution, cherchant à introduire les possibilités, pour chacun, d'aménager cette phase de son existence.

CONCLUSION

Toutes ces observations nous montrent donc que le début de ces crises se situe et se trouve contenu dans toute grave perturbation dans la construction et l'évolution de la personnalité.

Frappé au cœur même de sa condition organique, envahi, débordé, parfois anéanti, effondré, choqué, toujours diminué dans ses capacités d'affrontement, l'homme, alors qu'il émerge de cet état, « qu'il en prend le dessus » et récupère les possibilités de se contempler changé, se trouve placé par le monde et en lui-même dans une situation nouvelle, dont l'abord ouvre la crise, de l'assimilation satisfaisante de sa présente condition dépend son existence ultérieure. Va-t-il se regarder guérir et être regardé guéri, retrouvant progressivement en lui et dans autrui le sens et, par là même, la

(*) Coussen (P.). — La psychologie de la vieillesse. *Journ. de Psychologie*, 1927.

force de sa guérison ? Ou bien persiste-t-il en lui une menace que traduit son angoisse : rester infirme, tuberculeux, devenir épileptique ?

Et l'attitude du monde, la trop continuelle sollicitude ou le rejet; précautions qui restent nécessaires, attitudes qu'un geste, qu'un regard, qu'une parole trahissent d'autant plus que reste grande la vigilance, la sensibilité toujours en éveil de celui qui cherche à savoir quelle est sa place et ce qu'elle vaut aux yeux des autres.

Une malade, récemment sortie de sanatorium, disait combien les termes du médecin : « vous êtes guérie maintenant, mais prenez quelques ménagements », dans leur ambiguïté, laissaient incertaine la fin d'une maladie à la fois passée et présente, ressuscitée par ces ménagements qui toujours la rappellent et vous épuisent.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA CRISE : SES MANIFESTATIONS ESSENTIELLES

La crise ouverte, nous avons vu dans quelles circonstances il convient d'étudier son développement.

Comment le sujet, plus ou moins brusquement changé, envoûté, débordé, arrêté, modifié, appelé à un nouveau rôle, fait-il l'apprentissage de sa condition nouvelle ? Comment la vit-il ? Comment l'éprouve-t-il, la subit-il ?

Quels sont ses moyens d'évasion ou de reprise du travail ?

Comment se rétablit le sens de son existence, dans un moment où il en vit la tension présente vers une autre existence qui la nie et sans laquelle, pourtant, elle ne se soutient pas ? Ce passage de l'une à l'autre n'est pas un simple développement, une transition, mais un remaniement et cette transformation critique va amener et déterminer le comportement ultérieur du sujet.

Nous verrons dans nos observations que cette période de conflit ne se résout pas d'une façon absolue ni nécessairement uniforme, et elle marque chacun de son empreinte, l'oriente dans une voie nouvelle.

Cette évolution, il convient de toujours la considérer dans une situation historique, l'état du marché du travail, les acquisitions techniques par exemple, dans laquelle le travailleur, dans une forme actuelle et non comme une entité, s'insère et, à sa mesure, la modèle.

LES PROBLÈMES POSÉS PAR LA CRISE DANS LES RAPPORTS AVEC LE MILIEU

Ainsi, les milieux du bâtiment et des travaux publics se trouvent dans une situation particulière à cet endroit :

« Placé au point de jonction du milieu rural et artisanal et du milieu technique tels que les a décrits FRIEDMANN, le milieu du bâtiment n'est ni l'un, ni l'autre, et le type de l'ouvrier du bâtiment est souvent le rural désinséré de sa glèbe, le plus souvent incapable de se fixer et absolument rebelle à une assimilation par le milieu technique.

« En fait, le milieu dans lequel vit l'ouvrier du bâtiment est éminemment variable et changeant, il lui faut donc à chaque instant s'adapter à la réalité extérieure. C'est sans doute cette perpétuelle gymnastique de l'adaptation qui explique que son adaptation est presque toujours en équilibre instable, mais sa désadaptation n'est jamais totale et permet de comprendre pourquoi, chez ce travailleur, les troubles caractériels frisant l'état psycho-pathologique sont si fréquents alors que les grands syndromes psychiatriques sont particulièrement exceptionnels » (*).

Cependant, la situation actuelle peut se modifier, l'industrialisation du bâtiment est susceptible de créer un cadre différent de travail, ce qui permet d'entrevoir pour certains des modifications profondes de leur adaptation sociale.

Des métiers disparaissent, d'autres naissent.

(*) SIVADON (A.). — Les conceptions actuelles de la Médecine du Travail dans le Bâtiment et les Travaux Publics. Adaptation au travail, p. 22. Journées Nationales de Médecine du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics de Marseille, 18 et 19 avril 1952. Edité par l'Institut National de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, 9, avenue Montaigne, Paris (VIII[e]).

Observation XXI

M..., cinquante-neuf ans, d'origine italienne. Metteur au point en sculpture (marbre), staffeur. Exerce son activité dans divers ateliers, sous la direction d'artistes.

Bien que souffrant de lombalgies depuis dix ans, il n'en a pas moins mené à bien son travail jusqu'au jour où, les conditions professionnelles se modifiant, il ne peut travailler que d'une manière intermittente et doit se « rabattre » sur un travail de maçon. Le ciment et la pierre y remplacent le marbre, le chantier l'atelier, un compagnon des artistes.

Ses lombalgies s'accentuent à un point tel qu'il est dans l'obligation d'abandonner ses occupations. Le rhumatologue consulté porte le diagnostic de lombarthrose avec discarthrose, prescrit un lombostat.

L'ouvrier, reprenant son métier, ne souffre plus, mais les douleurs reprennent et le sujet se porte malade dès que son activité en atelier se trouve suspendue.

L'observation VII que nous avons citée témoigne de l'importance des caractéristiques de ce milieu, de son histoire, de ses traditions.

Cherchant, dans un milieu industriel (usine), un poste de travail compatible avec son infirmité, M. X..., ancien charpentier, ne peut poursuivre plus d'un mois une activité de contrôle et de distribution. Il est gêné dans sa blouse blanche, dans un cadre « trop fermé », se sent « étranger » devant ses nouveaux camarades, dont il n'a ni le langage, ni l'attitude. Le sommeil s'altère, l'appétit devient médiocre, le transit digestif se perturbe. Il abandonne après un essai, ne pouvant s'adapter à cette situation.

Ces rapports nouveaux, ces exigences nouvelles qui se posent, certains en font un apprentissage rapide. Il y a là, pour eux, semble-t-il, un simple accident, un instant menaçant plus ou moins grave, mais qui a guéri.

Il ne serait pas sans intérêt d'étudier systématiquement chez quels sujets se rencontrent — en fonction de leur

développement — ces modes de réaction vis-à-vis de tout accident ou maladie.

Cela pose les rapports de ces crises de réadaptation sociale et de la formation de la personnalité.

Le sujet, certes, a été touché, la blessure a été plus ou moins profonde, il peut en rester aujourd'hui une cicatrice mais, et parfois même à l'étonnement de l'entourage et contre tout avis pronostic, aucune crise ne s'est ouverte. Un instant arrêté, le sujet n'est pas modifié profondément; l'accident a « glissé » sur lui. L'examen systématique de plusieurs milliers de sujets, en médecine du travail, en apporte chaque jour des exemples de valeur.

L'objet de notre étude reste les cas où la transformation critique, non plus rapidement classée dans l'existence de l'individu et reportée dans le passé, se trouve bouleverser profondément le cours de cette existence et donner lieu à un difficilement remaniement de la personnalité.

Les caractéristiques essentielles de cette crise se manifestent par l'angoisse.

Ce malaise, si léger soit-il, se présente comme un état dont il faut sortir (*), mais dont l'anxieux reste prisonnier sans pouvoir progresser.

« Je ne sais plus bien ce que je veux faire, je n'ai pas envie de faire quelque chose, tout en sentant qu'il y a des choses à faire, celles justement dont l'intention me hante, celles-là et rien d'autre. »

Les éléments d'analyse d'un malade que nous avons pu suivre longuement en milieu hospitalier nous renseignent sur cette situation vécue :

Observation XXII

P..., vingt-sept ans, menuisier spécialisé.

« Pour moi, le lendemain est semblable à la veille. J'évite qu'il ne change, j'évite de m'en approcher. Pourquoi toujours

(*) Boutonier (J.). — L'angoisse. *P. U. F.*, 1945, p. 36.

l'échec quand j'entreprends quelque chose ? On dirait que c'est fondamental : échec ! Je vois toujours çà. Après, je me mets à ruminer cette chose là. Je suis toujours sur la même note, je ne comprends pas pourquoi je me pose toujours la même question.

« Dehors, la réalité toujours effrayante. J'évite de penser à elle et ne puis me comprendre. Je ne suis pas sorti de l'état où j'étais lorsque je suis venu au monde. Je ne peux dire si j'avance ou non, ça cale; c'est comme une automobile, la machine doit tourner et ne tourne pas. Pourquoi ? Je reste toujours au même degré. Je ne demande qu'à être ce que je devrais être au point de vue humain, à mon âge. Je vis comme dans un tuyau étroit qui me ceinture. L'âge des pourquoi, j'en suis là. C'est idiot, je le sais, la terreur de l'imprévu.

« Je ne peux plus avancer à la moindre difficulté, et ne cherche pas à la prendre autrement, je la reprends toujours de la même façon.

« Je suis toujours avec mes pensées. Je me demande la vie que je vais avoir. J'ai dit à ma mère que j'avais peur de sortir de l'hôpital. Dehors, j'ai peur de la vie d'enfer. Imaginer, c'est l'opposé de ma vie. Je rumine toujours le même morceau. Chez moi, je lis ou je ne fais rien du tout, je m'ennuie. »

Faisant allusion à la nécesité pour lui de quitter sa famille :

« Voilà, il faudrait changer de maison, mais si je change, il faudra que je me débrouille tout seul. Je ne saurais pas. Je ne sais pas. Je n'ai jamais essayé. Je ne tiens pas à le savoir. L'imprévu m'effraie, je voudrais savoir, avant de le passer, ce qu'il y a derrière ce cap. Pourquoi ces répulsions ? Je ne fais pas ce que je voudrais faire. Je suis buté, j'ai toujours les mêmes terreurs que celles d'un enfant, injustifiées; ce que je sais, c'est que je le sais, mais je ne sais pas pourquoi je les ai. Toujours le même morceau. Les jours se ressemblent tous. Ma vie, c'est une nourriture comme une autre. J'ai beau manger, je ne vis pas. Tout ce que je fais est inutile. Je reste entre deux eaux. Je n'en sors pas. »

De ce témoignage ressort toute la monotone impuissance de celui qui traverse, et dans cette dernière observation avec une acuité particulière, une crise d'anxiété.

Nous avons cité, dans l'observation I, l'attitude de ce jeune homme, tuberculeux guéri, paralysé dans son activité, incapable d'exprimer les mobiles véritables de son anxiété, lui donnant un contenu fréquent chez ces malades, « un souci d'hygiène, la crainte des poussières, des particules de peinture », vivant le regret et la crainte concomitante du milieu sanatorial alors que le véritable problème est ce que remet en question dans son adaptation sociale cet antécédent tuberculeux.

Attitude semblable de celui qui se découvre comme cardiaque, qui vit l'angoisse de l'intime et intolérable blessure, de la menace qu'elle comporte.

Dans l'impossibilité de résoudre le problème (*), le malade présente les signes objectifs de l'angoisse. Il ne peut pas dominer la situation, ni se calmer, et cela même si les causes qui ont provoqué cet état disparaissent. Certes, le malade ne dit pas lui-même qu'il éprouve de l'angoisse, mais il en présente les signes objectifs.

Ces symptômes qui sont l'angoisse, comment se présentent-ils en clinique ? Il ne nous paraît pas inutile de les situer dans le cadre de cette expérience psychiatrique en milieu du travail, car ils constituent les modes possibles de début d'états psychonévrotiques, dont l'observation, au début, est souvent difficile à faire préciser. Ils ne sont également, bien souvent, pas notés par le praticien, car ils se développent à un moment où le sujet échappe à toute surveillance médicale.

En elles-mêmes, d'ailleurs, ces manifestations restent et sont souvent jugées banales. Leur existence, mais surtout leur groupement et leur persistance sont des éléments de diagnostic de haute valeur.

Les données fournies tout d'abord par l'interrogatoire du sujet et de ses proches ont une valeur très variable.

(*) Goldstein (Kurt). — Zum problem der Angst. Allerg. *Arztliche Zeitschr. f. Psychotherapie und psych. hyg.*, août 1929, pp. 401-437.

Lorsque le temps est donné de poursuivre l'entretien, de le répéter, de poser la même question sous des formes variées à des moments ou à des endroits différents, il est possible de situer dans les contradictions mêmes, dans les réticences, les silences, les expressions du sujet, qui, à un premier examen, peuvent ne rien laisser percer de son anxiété.

LES PROBLÈMES POSÉS PAR LA CRISE DANS LA RENCONTRE MÉDICALE

Un temps essentiel dans le dépistage, la compréhension et, éventuellement, la cure de cette crise, se situe dans la rencontre *médecin-sujet.*

Pour le médecin du travail, elle est fonction, d'abord, de la conception qu'il a de son rôle et du rôle même dans lequel le place son consultant. Les modes de cet exercice médical évoluent rapidement; il est certain que chaque fois que le sujet pense trouver dans l'examen médical auquel on lui fait l'obligation légale de se soumettre, une menace directe sur ses conditions d'existence, l'avis d'inaptitude provoquant le changement de poste, éventuellement la perte d'une situation et, parfois, de tout travail, il adoptera une attitude de méfiance systématique, de dissimulation ou d'opposition plus ou moins exprimée, entravant toute possibilité de contact. Cette étape, la médecine du travail a su la franchir à son avantage dans certains services (*), en poursuivant la recherche de son véritable rôle, l'étude des facultés d'adaptation de chacun, vue sous une perspective dynamique en fonction des données biologiques, psychologiques et sociales qui la soustendent et la déterminent.

Débarrassée de cet handicap, la rencontre se place dès lors sur un tout autre plan. Elle nécessite de la part du

(*) Nœuvéglise (J.). — L'examen médical d'embauche. Rapport au Conseil Supérieur de la Médecine du Travail, novembre 1953.

médecin une attitude de disponibilité, d'attention, une grande surveillance de lui-même, qui sont le fondement même d'une connaissance du sujet (*) et de soi-même.

Entre en jeu également l'ambiance même de la consultation.

Le camion qui vient sur les lieux du travail est un centre d'observation moins étranger qu'un dispensaire, encore, mais de moins en moins anonyme.

Le dépistage de ces crises de réadaptation sociale se fait d'abord dans ces premières « impressions » de contact qui sont le vécu de notre expérience sociale commune, mais qui prennent pour le médecin une place privilégiée.

Le lieu de cette rencontre en situe les différentes valeurs, celles en particulier des éléments cliniques susceptibles d'être relevés comme témoins de ce processus évolutif.

L'importance de ceux-ci est en effet dans leur développement, dans leur persistance. Le témoignage du sujet sur lui-même, outre la difficulté de faire le récit de sa vie, dans les contradictions apparentes, et au delà d'elles, nous renseigne d'abord plus sur la personnalité du sujet que sur les faits qui émergent à des niveaux différents. Ce récit sera conduit en face d'une assistante sociale, tout autrement qu'en présence du médecin, et apportera des éléments différents, et une rencontre fortuite permet souvent de recueillir un élément jusqu'alors méconnu. Ainsi, une manifestation telle que l'hypersomnie, que nous verrons assez fréquente au cours de ces crises, peut être camouflée sous des expressions telles que : « je dors très bien », mais révélée à l'analyse plus minutieuse : A quelle heure vous couchez-vous, trouvez-vous le sommeil ? A quelle heure vous réveillez-vous ? Dormiriez-vous davantage ? Dormez-vous dans la journée, le dimanche, etc. ?

(*) Cette attitude médicale demande pour se développer des conditions de temps. Certaines situations demandent plusieurs heures d'étude. Avoir la possibilité de les leur consacrer est non seulement une nécessité de la recherche en Médecine du Travail, mais aussi une source de bénéfices certains par ses conséquences.

Le fait de trop dormir peut entraîner également un sentiment de culpabilité, de honte et, par là même, être caché. Et nous connaissons les contradictions liées au trouble d'un malade « observé », « interrogé », trouble d'autant plus grand au cours de la crise qui se développe habituellement dans l'angoisse.

L'organisation et le sens du témoignage pourront se trouver de ce fait très pauvres, et ce sera l'inflexion de la voix, l'intonation, l'attitude, le geste, ces formes primitives du langage qui seront comprises plus que le matériel verbal.

La lecture de ces témoignages se fait également :

— En tenant compte de la contingence de ces organisations corporelles (le Japonais en colère sourit) ;

— Sur le visage qui apparaît, selon le mot de Merleau-Ponty, comme le centre d'expression humain, l'enveloppe transparente des attitudes et des désirs d'autrui, le lieu d'apparition, le point d'appui à peine matériel d'une multitude d'intentions (*) ;

— Dans le regard, qui d'ailleurs s'insère dans la mimique et dans la motricité générale du sujet, dans les gestes de la main, dans les mouvements des doigts;

— Dans la poignée de mains, qui exprime un mode de relation sociale susceptible de traduire et trahir l'attitude actuelle du sujet.

La poignée de mains molle, tombante, indifférente, se trouve comme image fréquente de lassitude, d'asthénie, d'impuissance, d'abandon.

Une poignée de mains forte, dure, écrasante, souvent témoin d'un désir intense de valorisation, avec forte agressivité.

Ces différents comportements, que nous voyons là comme autant d'éléments diagnostiques, se trouvent également constituer dans leur évolution, des arguments de pronostic intéressants.

(*) Merleau-Ponty. — La structure du comportement. *P. U. F.*, Paris, 1949, p. 181.

Ils s'associent le plus souvent à d'autres signes, traduisant les réactions du sujet à l'égard de son propre corps : soins d'hygiène, costume, insignes, décorations, tatouages, tous points qui manifestent la « tenue », la dignité sociale du sujet et concrétisent parfois une attitude narcissique.

Enfin, dans la prise de connaissance du sujet, *le langage*, phénomène social, nous apporte de très riches enseignements par la recherche analytique de son contenu authentique et vécu; langage souvent affectif, s'exprimant dans ses troubles mêmes, dans les silences, les réticences, les lapsus, les images, et traduisant dans l'émotion, avec les tendances propres du sujet, ses réactions de stupeur, de fuite ou son agressivité. Nous en avons rapporté des exemples dans plusieurs de nos observations qui sont, en tenant compte du maniement de la langue, des éléments de la plus haute valeur sur la personnalité du sujet, ses origines, son cadre professionnel, son autorité, sa culture.

Ainsi se place la dynamique de la rencontre médicale avec les formes multiples que lui impriment la personnalité de chacun et l'évolution de l'image sociale du médecin. Nous avons vu se préciser et se construire — alors que s'en connaît mieux le rôle — le personnage du médecin du travail, également se modifier, mais sur un mode plus mineur encore, celui du médecin psychiatre; son objet, la folie, étant trop chargé par son histoire pour qu'il n'en demeure solidaire et, par là même, plus ou moins aliéné. L'on sait aussi le prestige dans lequel le spécialiste médical est tenu, qui peut avoir dans un certain nombre de cas une action psychothérapique majeure.

Les éléments de cette rencontre sont aussi difficiles à mesurer que l'intensité d'une douleur. Ils expriment — non pas tant à travers, mais au delà de l'interrogatoire — dans un dialogue où le médecin s'efface, mais reste présent, disponible, les manifestations essentielles de la crise.

L'impression qui se développe en nous, à l'occasion de ce contact, et alors même que le sujet s'avance et nous

salue, se teinte de ces premières couleurs que constituent par exemple le brillant, la lueur, le vif ou l'éclat du regard, la chaleur de la poignée de mains, du timbre de la voix.

Ces facteurs sont cependant portés et englobés dans une forme particulière qu'ils animent mais qui, en dehors d'eux, joue également dans le développement de l'impression clinique qui va se préciser dans l'étude de l'aspect général — nous dirons ainsi que tel sujet nous apparaît plus ou moins vieux que son âge – et, à partir des notions de biotypologie qui, là encore, doivent être considérées dans un point de vue dynamique et replacées dans leurs rapports avec la personnalité.

LES MANIFESTATIONS DE LA CRISE

A partir de cette première relation clinique, sera possible alors la recherche des symptômes d'alarme et des mécanismes de défense.

L'étude de cette phase de la crise, tant sur le plan clinique que physiopathologique, nous paraît d'un intérêt majeur. Sa symptomatologie, bien qu'empruntant sa sémiologie à des formes assez connues, en reste mal systématisée. Elle imprime au comportement du sujet certaines anomalies diversement interprétées, parfois négligées, qui représentent en fait, dans cette phase de tension, des mécanismes de défense dont il importe de comprendre la signification pour appliquer les mesures thérapeutiques utiles avant la rupture souvent insensible de ces réactions de défense.

Les manifestations d'intolérance sont diverses. Parmi elles, les *troubles du sommeil* sont habituels.

Dans les modifications du sommeil et de sa régulation habituelle, l'hypersomnie apparaît comme phénomène fréquent. Nous avons dit qu'un simple interrogatoire ne suffisait pas toujours à le mettre en évidence. Le sujet parle de surmenage, de fatigue, et il faut souvent la collaboration de l'entourage pour apprendre qu'il dormait tout le dimanche et qu'il somnolait à son travail.

Le schéma le plus souvent relevé est le suivant : à l'occasion de la situation difficilement supportée, le sujet présente, au milieu d'autres symptômes, des phases d'hypersomnie qui persistent pendant des semaines et parfois des mois et qui disparaissent souvent en même temps que s'amendent les autres symptômes ou encore au moment où apparaissent des troubles plus nettement pathologiques : accès d'angoisse avec, cette fois, insomnie, accès délirant.

Voici quelques exemples cliniques :

Observation XXIII

D..., quarante-trois ans, manœuvre, d'origine tchèque. Hospitalisé pour psychose hallucinatoire chronique avec bouffées anxieuses. Difficultés familiales graves, deux mariages malheureux, trois enfants à sa charge. Difficultés professionnelles sous l'occupation, du fait de sa nationalité, puis surmenage : assure plus d'un an la direction d'un grand atelier, poste inhabituel. Vit seul en hôtel. Baisse progressive du rendement professionnel depuis deux ans. Période d'éthylisme pendant six mois; il cesse de lui-même ces excès qu'il tolère mal. Présente alors une phase d'hypersomnie pendant trois mois (« je dormais trop, l'impression d'être lourd ») qui cesse dans une bouffée anxieuse alors que s'installe une insomnie rebelle et apparaît un état délirant : syndrome d'automatisme mental avec écho de la pensée, influences.

Dans ses antécédents héréditaires, il faut noter l'internement de sa mère pour un état délirant. Dans les siens propres, un terrain allergique extériorisé en 1948, 1949, 1950, par des réactions cutanées : urticaire du visage accompagné de céphalées occipitales très violentes et de troubles digestifs, dysenterie avec gastralgies.

Observation XXIV

D..., trente-deux ans, métallurgiste spécialisé, interné d'office par le Docteur Gallot, avec le certificat suivant (19 janvier 1953) : « Episodes confusionnels de quelques heures avec

excitation et désordre des actes; amnésie partielle consécutive et obnubilation prolongée. Pas d'éthylisme vrai, mais la simple absorption d'une quantité minime de vin suffit pour multiplier les crises. Début il y a deux ans, un traumatisme cranien étant survenu un an auparavant, troubles du caractère, instabilité extrême, céphalées violentes, accès de somnolence incoercible évoquant le tableau clinique de narcolepsie; initialement, cinq à six crises par jour, traité à la Salpêtrière, service du Docteur Guillaume, E. E. G., bouffées d'ondes théta, gardénal, encéphalographie envisagée, examen clinique négatif ».

Les troubles ont commencé en août 1951, deux mois après le décès brutal de son fils. Se développent alors, et s'amplifient, des troubles de l'humeur et du caractère, se traduisant par des manifestations d'intolérance, tant dans le milieu familial (jalousie, hyperexcitation sexuelle) que dans son entourage professionnel. Son travail lui devient de plus en plus difficile; il s'absente sans motif apparent, pleure et tolère de moins en moins toute remarque de ses camarades. Il se consacre à la mise au point d'un appareil, travaillant sans mesure, se dopant au maxiton (6 à 10 par jour), à l'alcool. Un échec dans son entreprise est suivi de l'épisode qui motive l'hospitalisation.

C'est un sujet athlétique, asthénique, extrêmement émotif; une tante internée. En ce qui le concerne, une entérite chronique dans l'enfance, des réactions cutanées allergiques violentes, une atteinte rhumatismale à vingt-deux ans, traitée par les sels d'or; actuellement, des phénomènes vaso-moteurs importants au niveau des mains, hyperlaxité ligamentaire. Tension artérielle : 11 - 8. Une série d'entretiens précise les phases d'hypersomnie. Première crise : fin juin 1952. Le malade ne la rattache à rien; en fait, c'est l'anniversaire de la mort de son fils. Crise de vingt minutes, brusquement, le soir, à table, précédée d'une phase de légère excitation, terminée par des courbatures et une impression d'épuisement. Sommeil brutal, sans rêves, cauchemars ou agitation. Les crises se renouvellent les mois suivants, quatre à cinq fois par jour; le sujet ne se réveillant pas aux stimulations de son entourage et ne restant sensible, dans cet état, qu'aux seules plaintes de ses enfants.

Les crises sont devenues, dans les mois suivants, de plus en plus fréquentes, les plus rapprochées à deux jours d'inter-

valle, survenant sans rapport direct avec la fatigue de la journée, ou la durée du sommeil antérieur. Un seul élément déclenchant : le rappel de la situation traumatisante, rappel de plus en plus diffus. Ces phases d'hypersomnie se présentent là comme élément sémiologique de premier plan. C'est elles qui ont amené, avant l'internement, la consultation et l'hospitalisation à la Salpêtrière, sous le diagnostic « crises narcolepsiques ».

Le contrôle, à plusieurs reprises, d'E. E. G., immédiatement après les crises et avec stimulation, a montré comme seule donnée, des bouffées d'ondes théta. Sous gardénal, aucune amélioration ne s'est produite. L'examen neurologique (André Thomas) est négatif. Les crises ont fait place, avant l'internement, à une phase d'insomnie d'une durée d'un mois. Le malade est sorti après trois mois, amélioré. Il a pu reprendre une certaine activité, mais a présenté, en *juin 1953*, un nouvel état dépressif et de nouvelles crises d'hypersomnie actuellement disparues.

Observation XXV

M..., trente ans, célibataire, métallurgiste, entre en février 1953 avec le certificat : « Psychose discordante, d'évolution ancienne, syndrome de dépersonnalisation, étrangeté à l'ambiance, modification de son propre corps, pas d'anxiété actuelle ».

Sujet de morphologie athlétique, hyperémotif. A perdu son père, il y a dix ans, dans un accident brutal, mort ressentie par lui très vivement. Depuis 1943, habite avec sa mère « qui ne veut plus le quitter ». A vécu ces cinq dernières années une série de drames personnels. En 1946, il doit rompre avec sa fiancée, sur les exigences de sa mère qui est opposée à son mariage.

En 1950-1951, subit, sur le plan professionnel, dans le surmenage, des difficultés notables. Pris entre ses fonctions de délégué syndical et les soucis de conserver son propre travail, l'échec des revendications qu'il présente est vécu par lui avec un grave sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses camarades. Il quitte volontairement son entreprise, reste six mois au

chômage, reprend une activité qu'il cesse sans motif valable au bout d'un mois. Un état dépressif qui inquiète son entourage, motive, en février 1952, une série de chocs faits en clinique. Au témoignage de tous, il reste six mois assez bien, dans une demi-activité. Durant toute cette période, il dort beaucoup : « abruti » de sommeil, note des cauchemars ayant trait à ses difficultés professionnelles.

« Certains souvenirs reviennent malgré moi, ça va mieux, ça se liquide en rêvant. »

En septembre 1952, à la suite d'une visite sur la tombe de son père, devient brutalement anxieux. Insomnie, syndrome de dépersonnalisation, entraînant la nécessité de l'hospitalisation. Traité par insuline, ce malade a présenté, jusqu'au 51e coma, un réveil difficile, où ressortaient à haute voix les thèmes de ses rêves précédant son entrée dans le service. L'examen physique montrait une instabilité vaso-motrice importante. Tension artérielle : 10 - 6.

Observations qui montrent, dans l'évolution de ces crises, chez certains sujets, et là comme manifestations prépsychotiques, des phases d'hypersomnie de durée et d'intensité variables. Au plus bas degré, elles se manifestent par des baillements, une brusque somnolence qui surprend le malade à divers moments de la journée. « C'est comme si j'avais pris un narcotique »; « un sommeil de plomb »; « ivre de sommeil »; « j'avais toujours envie de dormir ». « On aurait dit qu'il tombait en léthargie, rien ne pouvait le réveiller », tels sont les témoignages cités le plus souvent par ces malades ou leurs proches. Le début de ces accès d'hypersomnie est variable, parfois progressif, mais parfois aussi soudain, impérieux, irrésistible. Le sujet se sent alourdi, engourdi, sans que le sommeil puisse être rattaché à une insuffisance du sommeil nocturne ou à un surmenage physique. Le sommeil est d'ordinaire profond, le sujet demeurant dans la position dans laquelle il s'est fixé, immobile. Les stimulations extérieures sont sans effet, ou bien arrachent à peine un instant celui-ci à sa torpeur, dans

laquelle il retombe aussitôt. Nous avons remarqué, cependant, dans l'observation XXIV, au cours des accès narcoleptiques, que seuls les cris de son enfant provoquaient le réveil brutal, anxieux du malade sensibilisé à cette situation. La durée des crises est variable : un quart d'heure, parfois plusieurs heures, aux divers moments de la journée, et sans rapport avec le rythme et les habitudes de sommeil antérieurs.

Le réveil est difficile, soit que le sujet, repoussant constamment son lever, se rendorme, soit que, debout, il garde une impression de fatigue, d'engourdissement : « plus je dors, plus je suis lourd ». Son aptitude au travail, ses gestes sont lents, peu précis. Tout lui paraît difficile. Sa bouche est pâteuse, sèche. Une céphalée en casque, de faible intensité, mais gênante et persistante, des vertiges, accompagnent assez souvent le réveil. On note parfois des cauchemars en relation dans plusieurs de nos observations, et notamment après les accidents du travail, où le sujet revit dans l'angoisse la situation de sa chute ou des traumatismes affectifs antérieurs.

Les relevés E. E. G. que nous avons pu faire aussitôt après les accès de sommeil, ont montré, sous réactivation (S. L. I.), des bouffées d'ondes théta, dans les observations XXIV et XXV, le tracé restant par ailleurs sensiblement normal.

De tels troubles, que l'on peut interpréter dans une perspective dynamique comme des mécanismes de défense permettant l'assimilation d'une situation conflictuelle, sont fréquents. Ils s'intègrent ou alternent avec d'autres modes de réactions qu'ils accompagnent bien souvent (*).

L'alcoolisation est, dans ce cadre, un symptôme important plusieurs fois relevé, en particulier dans les observations de sujets suivis à la consultation de désensibilisation

(*) Sivadon (P.) et Verbizier (J. de). — L'hypersomnie, mécanisme de défense et symptôme d'alarme en pathologie mentale. *A. M. P.*, décembre 1953, p. 687.

alcoolique, et camouflant, sous une intoxication, une situation parapsychiatrique à l'occasion de crises de réadaptation liées soit à la captivité, au déplacement, au chômage; à tout remaniement brusque de l'existence, remise en cause. Nous l'avons vu également à l'occasion d'une maladie ou d'un accident.

Observation XXVI

M. X..., trente ans, adressé à la consultation de l'A. P. A. S. pour cure de désintoxication. Alcoolisme chronique.

Plâtrier, d'origine normande. A Paris depuis trois ans, fils unique. Promis par ses parents à la direction d'une petite entreprise de maçonnerie, se trouve longuement en conflit avec eux à l'occasion de son mariage. La jeune fille qu'il recherche, son aînée de trois ans, est d'un milieu modeste, de religion différente. La cohabitation, après le mariage, est l'occasion de conflits répétés entre sa femme et ses parents. Débute l'alcoolisation (cidre et vin, quatre litres par jour); elle s'accentue à Paris, où il s'enfuit avec sa femme et ses deux enfants. Se considère déclassé, compagnon, mais non plus fils de patron, vit dans la nostalgie de sa situation perdue et de la rupture familiale, en particulier maternelle.

Alcoolisation solitaire avec intolérance rapide marquée de réactions dépressives, clastiques, en milieu familial. Troubles du comportement sexuel : hyperexcitation sexuelle et insatisfaction. Idées de jalousie.

Dans les antécédents se trouvent, comme éléments de fragilisation possible du système nerveux, des troubles allergiques importants à type de manifestations cutanées et de migraines, aggravées en 1945 par un ictère prolongé.

L'examen physique montre un état somatique relativement conservé. Le sommeil et l'appétit, sous l'influence du traitement, se rétablissent rapidement, mais persiste une hyperémotivité.

Observation XXVII

B..., imprimeur, quarante ans, éthylisme chronique avec ivresses pathologiques, asthénique, déprimé, issu d'un foyer dissocié. Après un échec à un concours, il se met très tôt à

boire. Traité pour syphilis. Se marie juste avant la guerre. Réformé temporaire pour développement insuffisant, prisonnier en Allemagne pendant cinq ans (dysenterie, céphalées constantes). La reprise de la vie commune est difficile. Sa femme lui reproche sa syphilis passée et l'état de leur fille sourde-muette. Opéré en 1946 d'un ulcus duodénal, c'est en 1947 qu'il présente sa première période hypersomnique (durée : un mois), après un renvoi à l'occasion d'un conflit dans le travail. Suit une période transitoire d'alcoolisme, de quelques mois. Deuxième crise d'hypersomnie en 1949, après la mort de son père. « Je dormais tout le temps, dix heures, douze heures par nuit, alors que je dors habituellement sept heures. »

La reprise de l'intoxication amène le malade à l'hôpital où, après une période d'amélioration, reprennent les phénomènes d'hypersomnie accompagnés de douleurs rhumatismales, de réaction eczémateuse sur le thorax et d'une impression constante de fatigue. Tension artérielle : 10 - 8. Ces troubles cèdent progressivement à un traitement de désensibilisation, et la reprise du travail est envisagée.

Observation qui montre l'alternance de l'alcoolisation avec le mécanisme d'hypersomnie déjà décrit. Ces alcoolisations, témoins de l'évolution des crises, se rencontrent parfois dans la biographie de certains sujets en phases de quelques semaines, quelques mois, avec des périodes où l'intoxication est suspendue.

Observation XXVIII

B..., compagnon maçon, cinquante-cinq ans, signalé par le médecin du travail; ouvrier à qui le travail dans Paris ou la région parisienne ne convient pas. Sommeil très perturbé et bref (deux heures) avec accès d'hypotension : 10 - 7.

Dans son histoire, se relève un accès dépressif à l'âge de trente-trois ans, lors de la mort violente de son père, d'une durée de trois mois, motivant un traitement et un arrêt de travail.

A trente-neuf ans, mobilisation, puis absence d'un an hors du milieu familial.

A son retour, la naissance d'un enfant non désiré provoque la rupture des relations conjugales, sa femme lui déclarant « qu'elle reportait toute son affection sur son fils et qu'il ne l'intéressait plus ».

Seconde phase d'alcoolisation : 1948 à 1949. A la faveur d'un déplacement professionnel de longue durée, rencontre une femme avec laquelle il vivra pendant un an. « Tout allait bien, je chantais, je ne buvais plus, un an de bonheur et de santé ».

L'alcoolisation reprend depuis deux ans, après une tentative de conciliation en justice.

Se présente actuellement comme un alcoolique chronique, développant une intolérance de plus en plus marquée au vin. Maigrissant, perdant sommeil et appétit. Réduisant ses activités et présentant de graves troubles du comportement en milieu familial.. Reste un ouvrier qualifié, mais vit dans une situation qui n'a jusqu'alors reçu aucune solution définitive.

Ces perturbations dans le sommeil, ces alcoolisations — symptômes d'alarmes et mécanismes de défense, dans certains cas —, s'accompagnent habituellement d'une série de manifestations constatées le plus souvent après une phase de latence (*), dont la valeur sémiologique reste leur existence à la suite des situations signalées, leur persistance et leur association.

La clinique de l'anxiété a fait l'objet de nombreuses études dont nous ferons simplement le rappel.

A côté de l'accès d'angoisse, soudain, brutal, « éclair dans un ciel serein », parfois précédé d'une certaine irritabilité, de mauvaise humeur, se placent les *équivalents de l'angoisse* où, celle-ci restant en arrière plan, des symptômes divers se mettent en évidence : « rudiments d'angoisse », « angoisse larvée » que nous trouvons dans nos observations.

(*) Sivadon (P.) et Markich (H.). — Le temps de latence dans les névroses post-émotionnelles. *A. M. P.*, février 1953, p. 244.

Voici comment Freud (*) les a décrits.

Troubles de l'activité cardiaque, battements de cœur, avec une courte arythmie, avec tachycardie persistante jusqu'aux états d'extrême faiblesse du cœur.

Observation XXIX

Y..., interprétant une « donnée radioscopique », se porte malade cardiaque. Si le bilan du cardiologue est normal, s'il n'est nullement gêné dans son travail, il présente, au repos, des raptus anxieux.

Observation XI *(suite)*

G..., porteur d'une cardiopathie congénitale dont nous avons rapporté l'observation, présente des équivalents anxieux à type de dyspnée asthmatiforme. Troubles de la respiration, plusieurs formes de dyspnées nerveuses, accès asthmatiformes et autres. Ces accès ne sont pas toujours accompagnés d'angoisse caractérisée. Crises de respiration souvent nocturnes. Accès de tremblements et de frissons; accès de sudation.

Observation XXX

N..., depuis un grave traumatisme rachidien, présente, entre autres manifestations d'angoisse, des crises de sudation « même quand il fait froid, je transpire; je ne transpirais jamais avant cet accident ».

Accès de boulimie, accompagnés souvent de vertiges. Crises intermittentes de diarrhée, de troubles vaso-moteurs, de crises de paresthésie.

Autres manifestations : la strangurie, des spasmes musculaires, de profonds gémissements subits, par suite d'apnée pouvant souvent atteindre la soif d'air; une sensation de fatigue subite pouvant aller jusqu'à la syncope; des vomissements et des douleurs gastriques (symptômes très impor-

(*) Freud (S.). — Nouvelles conférences sur la psychanalyse. Trad. Berman, Paris. Gallimard, 1936.

tants), ainsi que des flatulences douloureuses avec évacuations abondantes et bruyantes de gaz; l'engourdissement subit d'un doigt, de toute la main, d'un bras; une grande excitation; des courses sans but; une salivation ou une sécheresse de la bouche.

Les céphalées sont une des manifestations des plus communes : « J'ai l'impression que ma tête va éclater, est prise dans un étau, dans un casque, une barre sur le front, des battements derrière la tête »; ces céphalées se développent le plus souvent le matin, survenant par accès, cédant d'habitude d'une manière spontanée dans les premières heures de la matinée, mais dans des formes plus intenses pouvant prendre alors une allure empêchante, paralysant toute activité, accompagnées de sensations vertigineuses et d'un état nauséeux.

Les céphalalgies prennent souvent leur origine au niveau de la colonne cervicale (point occipital).

La tête s'en trouve rejetée en avant, dans une attitude un peu figée. Ce qui participe à l'expression accablée du sujet déprimé.

Cette localisation prend place dans un ensemble de *douleurs vertébrales* que l'on rencontre avec fréquence au cours de la crise, qui peut même dominer le tableau clinique, et dont le cas R... constitue une des observations privilégiées. Nous y retrouvons, en effet, les principaux caractères de ces rachialgies observées habituellement dans des consultations de rhumatologie où le malade demande un traitement, essaie des corsets, parfois même subit des opérations de greffe; douleurs dont les deux pôles se trouvent au niveau des zones les plus mobiles : la colonne cervicale, d'une part, avec des irradiations occipitales, la colonne lombaire, d'autre part; ces manifestations douloureuses s'associent ou se succèdent, accompagnées des troubles décrits par ailleurs, notamment les perturbations du sommeil.

Les sujets se plaignent d'habitude d'avoir « les reins

brisés ». Ces « maux » ont un caractère sourd, lancinant, écrasant, épuisant. Le repos a une influence variable sur leur intensité, parfois nulle. Nous avons dit, d'ailleurs, que ces malades sont peu capables de détente véritable.

OBSERVATION XVIII *(suite)*

R... souffre les trois premiers jours de la semaine, et l'analyse montre les conditions de sa vie sexuelle essentielles dans la genèse et le développement de ces douleurs, tension et excitation érotique obsédante, accompagnées et suivies de culpabilité, liées à un conflit familial permanent.

Ces douleurs réapparaissent parfois après une journée de travail que le sujet accomplit sans plaisir, avec dégoût. Activités ressenties dans ces moments là, comme un surmenage.

A l'examen, se relève une discordance entre les données clinique, radiologique et l'intensité des manifestations subjectives. Pas d'impotence à la mobilisation passive, pas de limitation dans l'amplitude des mouvements; la pression superficielle des téguments est mal tolérée, alors que la palpation des masses musculaires profondes est indolore.

Nous avons dit le devenir de ce syndrome douloureux dans l'observation qui se retrouve identique chez plusieurs autres (*), et l'importance dans sa sédation ou son aggravation des conditions même d'existence, en particulier dans ces phases d'anxiété.

Les modifications des perceptions se placent fréquemment comme symptômes de premier plan au cours des crises, et les malades, en raison de la tendance générale à donner un contenu aux sentiments, interprètent ceux qu'ils éprouvent. On ne doit pas être leur dupe. Selon la remarque de STECKEL (**), cette transformation des sentiments

(*) BACHET (M.) et PODOVANI (P.). — Problèmes somatiques et psychiatriques posés par certaines douleurs vertébrales. Ier Congrès International de Psychiatrie, Paris, 1950, t. V, p. 405.

(**) STECKEL (W.). — Les états d'angoisse nerveux. Paris, Payot, 1930, p. 89.

(l'amour malheureux, par exemple) en sensations (douleurs cardiaques) est la tendance de tous les anxieux.

Beaucoup de malades que nous voyons dans ces phases d'anxiété et de dépression se plaignent de la vue, demandent des examens spécialisés qui, au contrôle, se révèlent habituellement négatifs; souhaitent changer de lunettes ou en porter : « leur vue baisse, ils y voient mal, ils ont l'impression d'y voir flou, parfois même les objets apparaissent plus brillants, scintillants ou étonnamment précis »; parfois le sujet s'inquiète de percevoir le lent cheminement de petites bulles, de globes dans son champ visuel.

Tout cela se traduit par des impressions de « bizarre », de « curieux », « d'étrange ».

La durée des sensations visuelles élémentaires est plus grande chez les déprimés, et la vision des couleurs plus rapide (*).

Si ces malades ne « voient rien », au sens où, dans le langage populaire, s'exprime leur défaut d'attention, il se trouve également « qu'ils n'ont aucun goût », qu'ils se détournent bien souvent de tout aliment, comme de toute activité dans la situation de crise qui est la leur. Ces sujets là s'inquiètent de devenir sourds, de ne plus comprendre ce qu'ils entendent, comme si les choses s'éloignaient d'eux, comme si tout devenait trop compliqué pour eux.

L'observation fréquente est aussi l'hypersensibilité au bruit qui prend, dans certains cas, une forme de phobie professionnelle particulière. L'hypersensibilité au bruit (observation IX) de la toupie se révélant à l'analyse chez un ouvrier victime d'un accident du travail par cet instrument, la peur du métier, de l'acte professionnel.

Observation XXXI

Tel autre grutier, dont le père, grutier également, a provoqué un grave accident; sensibilisé à cette situation, se voit

(*) Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase. Paris, Alcan, 1928, t. II, p. 296.

dans l'incapacité de poursuivre son travail à la suite d'un accident survenu dans des circonstances à peu près identiques. La peur de l'acte professionnel est le sentiment dont le contenu invoqué par le sujet est son intolérance aux vibrations de la machine.

Ces peurs, ces phobies professionnelles sont à rapprocher de certaines algies, « peur de faire fonctionner un organe, de peiner dans l'action dans laquelle cet organe est engagé ».

Merleau-Ponty a bien traduit ce qui fait l'essentiel de notre perception dans ces situations d'angoisse (*).

« J'arrive dans un village pour les vacances, il devient le centre de ma vie. L'eau qui manque à la rivière, la récolte de maïs, des noix sont pour moi des événements. Si la radio annonce des grèves, des menaces de guerre, je me sens exilé dans le village, exilé de la vie véritable, confiné loin de tout. Notre corps et notre perception nous sollicitent toujours de prendre pour centre du monde le paysage qu'ils nous offrent, mais ce paysage n'est pas nécessairement celui de notre vie. Je peux « être ailleurs » tout en demeurant ici, et si l'on me retient loin de ce que j'aime, je me sens excentrique à la vraie vie. Le bovarysme et certaines formes du malaise paysan sont des exemples de vie décentrée. Outre la distance physique, une distance vécue me relie aux choses qui comptent et existent pour moi, et les relie entre elles. Cette distance mesure à chaque instant l'ampleur de ma vie. »

Cette page nous aide à comprendre le contenu de certaines crises, ouvertes à l'occasion d'une altération grave, et la désadaptation au lieu et au temps qu'elle introduit dans toute existence, plus particulièrement chez le sujet transplanté.

Il est en effet intéressant de noter dans nos observations

(*) Merleau-Ponty (M.). — Phénoménologie de la perception. Paris, Gallimard, 1945, p. 330.

la fréquence de ces perturbations chez les étrangers élevés dans leur pays d'origine et dès lors partagés entre des cultures différentes, voyant simultanément le monde au travers d'éducations, de coutumes, de milieux différents, en vivant les contradictions.

« L'ampleur de la vie » se trouve au cours de la crise particulièrement restreinte. Le malade se « replie » sur lui-même, « tout lui porte ombrage ». Il devient frileux. Il ne peut travailler ou travaille mal. Ses contacts sociaux se réduisent. Sa curiosité s'estompe; il ne sait se distraire, prendre des loisirs, en un mot « jouer ». Il est hors d'état, son activité se dégrade et, à l'anxiété diffuse qui est sienne, correspondent des affects qui sont autant de symptômes de sa désadaptation au temps, de sa révolte contre le devenir, de la nostalgie de son passé (*), la contrainte de souffrances, de changement (« quand je marche, je ne fais pas attention. Au repos, je pense à ma maladie. Voici ce qu'est devenue ma santé. Je touche mon cœur. Je fais attention »), crainte qui s'alimente dans les menaces les plus diverses, « les modifications de la température, la possibilité d'une intoxication, les risques de la fumée, des poussières, et dans bien d'autres pressentiments »; le découragement, la perte de toute envie et l'impatience concomitante de réaliser « quelque chose » qui s'exprime dans des expressions sans cesse reprises : « A quoi bon, je n'ai pas de chance, c'est trop tard, j'aurais dû, pourquoi faire », exprimant, là aussi, l'incapacité d'agir, de penser avec vérité le futur. « Je ne pourrai plus » : le doute, doute sur ses capacités minimisées, dégradées. Attitude d'incertitude, de scepticisme négatif sur la nécessité ou les chances de réussite de toute démarche, doublée de l'inquiétude de tout changement perçu comme menace et, par là même, écarté sur des modes également dégradés. Nous en retrouvons des exemples dans les réactions émotionnelles de ces sujets.

(*) Alquié (F.). — La nostalgie de l'être. *P. U. F.*, Paris, 1950.

La fatigue, dans cet ensemble clinique, reste la plainte la plus souvent exprimée. Elle est intéressante à faire préciser, car elle expose à des erreurs thérapeutiques graves.

Devant un sujet qui accuse de la fatigue, la réaction la plus courante n'est-elle pas de conseiller le repos ?

Ainsi, beaucoup de ces malades sont adressés dans des centres de convalescence, où ils voient la reprise de leur travail impossible malgré les dispenses qu'on leur accorde. Un grand nombre échappe en fait à toute surveillance médicale au moment où se termine leur hospitalisation, leur cure, alors que si la guérison biologique paraît à ce moment là à peu près obtenue, la guérison sociale n'en est pas pour autant acquise.

Le repos, dans la crise dont l'acuité, la tension sont les caractères essentiels, n'est pas en effet une conduite plus facile que tout autre activité. Le repos même en est, pourrait-on dire, exclu. Aucune détente n'est permise à l'anxieux, triste, inerte, accablé, non disponible, dont le temps dispersé éclate en une succession de moments vains, sans suite et sans lien, où le malade lui-même ne peut se retrouver, s'épuise, incapable d'en orienter et d'en dominer la durée: « Je ne sais pas ce que je fais ». Il s'étonne et se perd dans sa conduite; « je suis fatigué, toujours fatigué, et pourtant je ne fais rien, ou pas grand chose ». « Plus je me couche tôt, plus je suis fatigué ». Et il expérimente dans le désespoir et le vertige que le temps du monde n'est pas le sien, que son rythme n'est pas son propre rythme.

La fatigue de ces sujets là prend sa source non dans le repos (« le repos les fatigue, le travail les repose » notait Deschamps [*]), mais dans l'inaction ou dans ces actions incomplètes, ébauchées, poursuivies indéfiniment, alors que cesse leur motivation et que leur signification se modifie.

L'impuissance au travail, au cours de cette crise, n'est pas cependant nécessairement totale. Un certain nombre

(*) Deschamps. — Les maladies de l'esprit et les asthénies, 1919, p. 911,

reprend une activité ou la poursuit, mais au prix d'une tension qui constitue, pour peu que le poste de travail en comporte le risque, une situation de danger constant. La plupart de nos observations permet de noter des *accidents du travail,* parfois même de véritables chaînes d'accidents qui répondent à des *réactions émotionnelles.* Le grutier que nous avons cité (observation XXXI) vit dans la peur.

Dans la peur de quelque chose.

« Même s'il s'agit d'une de ces angoisses indéfinies qu'on éprouve dans le noir, dans un passage sinistre, c'est encore de certains aspects de la nuit, du monde que l'on a peur. Sans doute, il a été noté que l'émotion était déclenchée par une perception, une représentation signal, mais l'émotion revient à chaque instant sur l'objet et s'y alimente. Et la fuite dans la peur reste avant tout une fuite devant un certain objet, où l'objet fui reste constamment présent, sa raison d'être (*). »

En un mot, le sujet ému et l'objet émouvant sont unis dans une synthèse indissoluble. Le grutier a peur de son acte professionnel qui se concrétise dans le maniement des leviers de son engin.

Tel maçon a peur, après une chute, de son échafaudage, et sa peur, au rappel émotif, se diffuse en un vertige qui, au sol, le saisit devant des camarades au travail sur un échafaudage.

Parfois, c'est la profession même qui, par ces phénomènes de diffusion, fait l'objet de cette angoisse.

Dans cet essai, dans cette confrontation trop brutale de ses capacités nouvelles et des exigences du poste, le sujet prend conscience de la difficulté (travail trop rapide, trop fort, trop loin, trop long) et montre le désaccord, l'inadaptation entre ses possibilités actuelles et l'objet de son effort, à un moment même où l'impuissance de l'anxieux lui interdit de fournir un supplément de forces dirigé et efficace.

(*) Sartre (J.-P.). — Esquisse d'une théorie des émotions. Paris, Hermann, 1948, p. 29.

C'est à cet écart, à cette marge, que le sujet répond par l'essai sur un mode infantile de transformer la situation par l'ensemble de ses réactions émotionnelles, brutales, impulsives, maladroites, irritées, de ces paniques et de leur conséquence : les accidents.

Il est possible de vérifier la question de Freud (*), de savoir si c'est toujours par hasard qu'on se fait du mal à soi-même et qu'on met en danger sa propre intégrité.

Parmi les conséquences qui s'attachent au développement de la crise, il en est qui intéressent la reprise du travail, les conditions mêmes de cette reprise et ont une importance pratique considérable. Tel sujet, jusqu'alors bien adapté à son poste de travail, est dépisté atteint d'une cardiopathie dont la présence paraît contre-indiquer la poursuite de son travail. Tel autre, après un accident, paraît ne plus pouvoir reprendre son activité antérieure.

LA CRISE DE RÉADAPTATION ET LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Se pose alors le problème du reclassement professionnel, de la réhabilitation, de la réadaptation sociale de ces sujets; problème dont on connaît les difficultés et, dans un certain nombre de cas, les échecs.

« Il apparaît en effet que, très souvent, pour ne pas dire le plus souvent, ce n'est pas l'atteinte organique du sujet qui est le principal obstacle à son reclassement, mais son comportement à l'égard du reclassement.

« Cet ouvrier qui demande quelquefois avec insistance son reclassement, se comporte comme s'il désirait l'éviter. En réalité, il sent confusément ses difficultés d'adaptation, et la peur de se plonger dans un nouveau milieu ou de se plier à de nouvelles conditions de travail, le paralyse. On ne reclasse pas un ouvrier sans sa participation active » (**).

(*) Freud. — Introduction à la psychanalyse. Paris, Payot, 1947, p. 90.
(**) Sivadon (A.). — Problèmes des travailleurs âgés et inadaptés,

Dans l'ensemble des facteurs qui déterminent l'échec du reclassement, les facteurs économiques, les complexités administratives, les raisons d'ordre professionnel ou intellectuel interviennent; parfois, même dans des situations plus privilégiées, où ces facteurs restent d'une importance mineure, ils paraissent être utilisés comme un prétexte, une excuse, et camouflent en fait une raison psychologique essentielle, à savoir : l'impuissance à l'effort et, en particulier, à l'effort de longue durée.

Des pourcentages faits en 1953, dans le service du reclassement professionnel du bâtiment et des travaux publics, à Paris, il résulte que, sur 153 dossiers se répartissant en âge de la manière suivante :

De 15 à 25 ans	58
De 26 à 35 —	26
De 36 à 45 —	27
De 46 à 55 —	24
De 56 à 65 —	11
De plus de 65 ans	7

les résultats obtenus ont été les suivants :

Changement de poste dans la même entreprise	18
Reclassement dans une entreprise du bâtiment	9
Reclassement dans une entreprise non du bâtiment	12
Travail à domicile	3
Reclassement après F. P. A. bâtiment	4
Reclassement après F. P. A. ou réadaptation hors du bâtiment	9
Reclassement après cours de perfectionnement du soir	1
Apprentissage dans une entreprise du bâtiment	4
Contrat de réadaptation hors bâtiment	2
Reclassement dans un poste de gardiennage ou manutention	4
Non reclassable, pris en charge par le service social.	13

Journées Nationales de Médecine du Travail, du Bâtiment et des Travaux Publics, Paris, 1953.

Placement de sujets pour lesquels la raison médicale est seulement un prétexte à la réadaptation	11
Refus de reclassement	32
Ont abandonné les démarches en cours	24
Ont refusé un poste sans raisons valables	3
Décédés	4

Liste qui illustre, dans ses chiffres les plus élevés : refus de reclassement (32) et abandon des démarches en cours (24), l'incapacité du plus grand nombre à répondre par une conduite adaptée à son objet, c'est-à-dire se poursuivant, depuis son début, dans la continuité, dans l'harmonie, jusqu'à l'instant de son achèvement.

Il semble utile, en effet, de rechercher le « bon moment » de tout changement, en particulier du reclassement professionnel; la critique des observations d'échecs à partir des données cliniques propres au développement de la crise, nous apporte des éléments d'action importants.

Echecs
(au moment de la proposition de reclassement professionnel)

Il convient d'écarter les facteurs déjà signalés qui, à eux seuls, peuvent jouer un rôle suffisant dans le refus.

Dans le cadre de l'expérience actuelle, un certain nombre d'échecs de la situation envisagée est lié au développement et à la non résolution de la crise qui rend difficile, sinon impossible tout effort, particulièrement celui qui consiste à affronter un changement de ce genre, paralyse le travail ou sa reprise.

Ainsi, les services sociaux connaissent tous ces sujets qui, dans cette période, se voyant proposer un poste, masquent leur incapacité de changer sous une série d'actes manqués : se présenter en retard, oublier le rendez-vous, les papiers, être malade le jour fixé, ou demeurer dans la passivité et l'inertie. Se retrouve ainsi, devant le choix, la conduite de

l'anxieux qui, loin de penser l'alternative, est l'alternative. Selon l'expression de P. Janet (*), le sentiment reste au fond toujours le même : c'est le sentiment de l'urgence et, en même temps, du caractère défectueux et abominable de toute action.

Le sujet, voyant trop grand l'effort qu'il doit fournir, transforme, pour s'en évader et s'y dérober, la situation qu'il ne peut surmonter, qui ne lui plaît plus, car elle lui échappe et qu'il couvre dans le ressentiment de ses critiques : « Ce travail est trop dur, trop exposé, trop loin ».

Ce n'est pas, en effet, la trop grande difficulté de la situation, les efforts qu'elle impose qui sont motif, pour le sujet, de concevoir une condition meilleure. L'observation VI montre qu'au contraire, c'est au moment même où il peut concevoir un autre état, qu'une lumière neuve tombe sur ses pensées et sur ses souffrances et qu'il décide qu'elles sont insupportables.

Ainsi, ce compagnon maçon reprend son travail qui, un mois auparavant, restait à demi-paralysé dans la conscience angoissée de sa diminution physique.

Une autre démonstration semblable forme l'objet du récit de Polevoi (**). Un aviateur amputé des deux membres inférieurs, se voyant révélée la possibilité de piloter de nouveau, « renaît » effectivement. Dès lors, c'est son actuelle condition d'hospitalisé et de convalescent qui lui devient intolérable, et il conduit lui-même, à partir de son projet, une rééducation anthentique.

Il n'en est pas toujours ainsi.

En effet, un essai, un changement sont capables d'introduire une excitation dans laquelle le sujet, au cours de la crise qui est la sienne, trouve une certaine satisfaction, une exaltation, mais que suit rapidement une dépression, « le travail ne va plus aussi bien, lasse », et la fatigue apparaît,

---

(*) Janet (P.). — *Bulletin de la Société française de philosophie*, 27 avril 1929.

(**) Polevoi (P.). — Un homme véritable. Les éditions réunies, 1953.

qui prend sa source dans cette excitation initiale, d'une part, qui mobilise dans le désordre des forces amoindries, et dans l'effort que constitue toute nouvelle adaptation non encore détendue par des automatismes professionnels, par des rythmes reconnus, par des contacts avec des matériaux familiers qui entraînent « ces rêves d'imprégnation qui soutiennent la douce patience de la main » (*).

Dans cet excès de tension qui désorganise tout acte, dans l'impossibilité de pouvoir prendre recul vis-à-vis de cette prise directe sur les choses, dans l'absence de réussite immédiate ou trop longue dans sa traduction, le découragement, l'ennui, la fatigue se font jour en même temps que la même disposition à arrêter l'action, à la réduire, puis à la fuir, se concrétise bientôt par un abandon plus ou moins brutal de la démarche, et explique une part des échecs observés en cours de reclassement professionnel.

Plusieurs renouvellent ces essais avec des résultats identiques, mais où, chaque fois, à l'excitation initiale se substituent dans l'instabilité sans succès, l'épuisement et la conviction chagrine « qu'il n'y a vraiment rien à faire », que « la chance est contre soi »; souffrir et être ne font qu'un, et la dégradation sociale est, après chaque essai, plus grande et plus difficile à modifier.

Ainsi se traduit un certain nombre d'échecs dans les centres de rééducation, alors que subsistent la nostalgie du passé et la crainte de tout changement.

L'épuisement, par le changement dans ces conditions, peut d'ailleurs se traduire par d'autres manifestations que la fatigue et, au point de vue somatique, entraîner des aggravations importantes.

Nous avons cité l'observation (X) de cet ouvrier qui décompense sa cardiopathie à l'occasion d'un reclassement motivé par cette même cardiopathie; ces accès hypertensifs

(*) Bachelard (G.). — La terre et les rêveries du repos. Librairie José Corti. Nouvelles éditions, 1947.

qui concrétisent, chez d'autres, dans une situation identique, l'effort que constitue toute réadaptation sociale.

P. Racamier (*) rapporte dans sa thèse l'observation de tuberculeux dont la condition modifiée s'accompagne d'hémoptysies, et l'on sait l'influence aggravante de tout changement sur les capacités de résistance des vieillards écartés brusquement de leur cadre de vie habituel.

Echecs

(enfin, au terme du reclassement professionnel)

La modification de leur existence, un grand nombre de ces sujets n'y semblent jamais résignés, même lorsque ce changement est ancien et que l'apprentissage bien conduit d'une nouvelle condition paraissait permettre l'évolution désirée : le but, la reprise du travail, est habituellement atteint par une démarche indirecte : le reclassement professionnel, mais le sujet, en reprenant son ancien travail, se fixe dans son adaptation antérieure et fait en même temps la preuve de son impuissance au dépassement de ce stade. S'il y a, dans ce cas, un arrêt de développement, il n'y a pas cependant de régression grave.

Ainsi, dans tous les cas où le remaniement de la personnalité entraîne une réduction critique des possibilités d'adaptation, et alors même que se trouvent indiqués un changement, une réadaptation, source importante d'efforts, le premier problème reste la surveillance et le traitement de la crise dès son début, conduits sous des perspectives convergentes : biologiques, psychologiques et sociales.

Les modes de résolution de la crise, dans leurs formes les plus pathologiques, s'en trouvent — une expérience récente et encore réduite en fait la preuve — non peut-être complètement écartés, mais certainement diminués.

C'est la terminaison de cette crise que nous allons examiner.

(*) Racamier (P.). — Le terrain psychique des tuberculeux pulmonaires. Thèse, Paris, 1950.

LES MODES DE TERMINAISON DE LA CRISE

Nous avons dit l'inconstance de cette crise, ou du moins son assimilation rapide par certains.

Par ailleurs, sa naissance et son développement ne sont pas nécessairement fonction de la gravité apparente de l'événement qui la précipite, qui la cristallise. Et la remarque d'Osler : « le destin des tuberculeux dépend plus de ce qu'ils ont dans la tête que de ce qu'ils ont dans les poumons » exprime assez bien la discordance fréquente entre les données somatiques et le vécu de cette condition morbide, et s'applique à l'évolution de cette phase.

La crise ouverte, et se développant dans l'anxiété, met pendant une période plus ou moins longue, et à des degrés divers, le sujet « hors d'état ». Une tension aussi forte ne peut qu'entraîner un remaniement profond de la personnalité. Ainsi en est-il après tout accident : l'ancienne expression « c'est comme un rêve, donnez-moi le temps de me reconnaître » introduit des éléments essentiels à cette résolution. Se reconnaître, c'est-à-dire se connaître de nouveau, tel que l'on est devenu, au sortir de cette absence, de ce rêve, prenant conscience de ses possibilités, ceci par le bénéfice du temps, et se demander si l'on rêve, est déjà se réveiller.

Ce facteur temps, l'importance en est connue, mais favorise aussi bien la guérison que le développement d'aliénation sociale. En lui-même il n'est pas possible de le considérer comme thérapeutique. Les exigences sociales,

dans leurs relations avec le remaniement de la personnalité, soustendent et modèlent les différentes formes évolutives de cette crise, pendant que le sujet voit que le rythme du monde n'est pas le sien, qu'il en vit à l'écart une durée qui lui est propre, alors qu'autour de lui la vie se déroule, suit son cours. La réalité où le sujet se trouve pris en crise rend difficile, parfois impossible, tout recul, toute réflexion sur sa condition.

Cette trève peut se trouver rapidement rompue par les contraintes sociales qui se manifestent, par exemple, sous la forme d'une expertise, de la fixation d'un taux d'incapacité.

Des anciennes études sur la sinistrose (*), sur l'hystérie de rente sont restées les principes d'une « consolidation » rapide, mettant fin le plus vite possible aux conséquences que l'on redoute après le traumatisme.

Le même taux, accordé à des moments différents, n'a ni le même effet, ni la même valeur, et le plus important, à côté du montant même de la rente, semble la résolution, le jugement apporté, qui datent et concrétisent la fin d'une période d'incertitude et d'attente anxieuse.

Voici l'intéressante observation rapportée par le Dr Feilchenfeld dans le *Journal des Médecins-Experts*, Berlin, 1906, n° 16 :

Observation XXXII

R.... quarante-trois ans, charpentier. Tombé, en 1889, d'un toit dans une cour de la hauteur de trois étages et demi. Contusions de la hanche gauche et du coude droit. Commotion cérébrale. Sort guéri de l'hôpital et se remet à travailler, mais il a de nouveau des douleurs, des étourdissements, de la tachycardie. Après avoir lutté plusieurs années pour obtenir une rente, il offre des symptômes de folie processive. On le met dans un asile d'aliénés, d'où il sort. Il obtient finalement une rente. Actuellement, cet homme vit encore (dix-sept ans

(*) Brissaud. — La sinistrose. *Concours Médical*, 16 février 1908, p. 116.

après le traumatisme) et se porte assez bien, mais il a encore des symptômes d'hystérie, en particulier de l'accélération du pouls. Ses facultés intellectuelles sont intactes.

Observation dont on retrouve des exemples actuellement. Mais confondre et associer, dans un premier examen, les différents éléments de ce mode de résolution, conduit à ne plus comprendre les réactions de nombreux sujets qui, leur rente fixée, présentent toujours les mêmes troubles, parfois accentués par les attitudes que l'on adopte à leur égard; Vexliard, étudiant les phases de désocialisation du clochard, remarque que, « s'il est peu honnête d'affirmer que les hommes se résignent aisément à une déchéance physique, psychologique ou sociale, la dévalorisation de tout sujet entraîne la désapprobation : « c'est bien sa faute, » c'est un imprudent, un incapable, un paresseux, il n'a » qu'à se secouer ». L'incompréhension plus ou moins voulue du malheur d'autrui, et la rationalisation de cette attitude sont quasi-générales; la mauvaise conscience se dissimule sous l'ironie. Le mépris et le dénigrement constituent des armes puissantes de défense de la société contre ceux qui sont déchus. Il n'y a pas si longtemps que les bossus et les estropiés étaient en quelque sorte officiellement objet de risée » (*). Et suivant les capacités de résistance, la situation d'abandon du sujet le conduit peu à peu, et d'une façon de moins en moins réversible, alors que régresse l'anxiété de la crise, à des états de résignation, de renoncement, d'apathie, d'inaction, d'aliénation sociales, réalisant une adaptation nouvelle, un équilibre par le rétrécissement, l'involution de l'existence, la diminution des besoins. La vie se passe alors non plus dans la recherche de l'action (en crise, la nécessité, le désir de « faire quelque chose » restaient l'expression essentielle), mais dans la peur de l'action où, pourrait-on dire, toute l'activité souvent com-

(*) Vexliard (A.). — Phase de la désocialisation du clochard. *Evol. Psy.*, 1950, t. IV, p. 628.

plexe, consiste à fuir la reprise de tout travail, à se dérober à cette action. En même temps, le sujet rationalise son état, car il s'agit d'un état et non plus d'une crise « je suis malade, infirme, cardiaque, où le « je », la personne tout entière se place comme tel. Autant la façon d'assumer une infirmité est une conduite évolutive et féconde en cas de dépassement de la crise, autant elle devient puissamment stérilisante en cas d'échec à la surmonter.

Dans la première forme évolutive, la diminution est classée, oubliée ou reniée, en fait dépassée; dans la seconde, au contraire, sa présence demeure, s'expose, excuse et justifie tout échec.

Observation XXXIII

J...-F... (Martial), cinquante ans, adressé par son médecin, en mai 1953, présente des troubles généralisés, palpitations, troubles digestifs. Agé de cinquante ans et pratiquement au chômage depuis vingt ans. Vit avec sa mère âgée de soixante-quinze ans, avec 8.000 francs par mois. Ne travaille pas, car se croît trop fatigué. Mange peu.

Pénètre dans le cabinet de consultation à pas traînant, le regard au sol. Donne une poignée de mains molle, murmure une formule de politesse et, aussitôt, s'effondre plus qu'il ne s'assied sur une chaise, faisant les mouvements essentiels, son visage prenant un caractère un peu immobile et figé, en forme de masque, aux traits tombants.

L'image du personnage est en gris, en terne; tout s'y laisse aller : le costume, le pas, le geste, l'attitude. Le regard est vide et fuyant. La voix mal placée, molle, monotone; les mots tombent, rares, sans liens; les phrases restent ébauchées. L'ensemble donne une impression de morosité, de passivité.

L'histoire du sujet :

Père décédé à trente-deux ans, d'une cirrhose du foie, par éthylisme. Le malade le décrit comme égoïste, renfermé, sournois. « Il savait vous vexer, il aurait préféré une fille. »

Mère en bonne santé. Le malade vit actuellement avec elle dans un état de grande dépendance affective.

Le malade : fils unique, né prématuré, à sept mois. Pas de retard à la marche, énurétique jusqu'à neuf ans. Antécédents morbides signalés : congestion pulmonaire, varicelle, rougeole.

Education : élevé dès sa naissance, et jusqu'à six ans, par sa grand'mère (il n'en donne pas la raison).

Scolarité : médiocre jusqu'à treize ans. Echec au C. E. P., se décrit mauvais élève, timide, peureux.

Apprentissage dans l'industrie de la chaussure, « irrégulier », puis apprenti boucher.

Service militaire : sans histoire, « j'étais planqué ».

Célibataire : continue à travailler jusqu'à l'âge de trente ans. En 1930, à la suite d'une intoxication alimentaire qui aurait duré trois jours, se porte malade et, depuis, n'a plus exercé aucun métier. Activité de « bricolage », « marché noir », mais pas de condamnation judiciaire.

Vie sexuelle tardive, réduite à des rencontres épisodiques. Quasi impuissance, avec éjaculation précoce; depuis quelques années, plus de rapports sexuels.

Examen physique : morphologie asthénique, rétractée, 1 m 72, 59 kg, avec conservation d'un assez bon état général. L'hypotonie porte sur les différents appareils et se traduit dans la scoliose dorsale, dans l'atonie de la sangle abdominale, siège d'une double hernie inguinale, dans l'hypotonie musculaire avec hyperlaxité ligamentaire. Ces modifications se retrouvent au niveau des muscles lisses; atonie intestinale avec constipation habituelle, hypotension artérielle : 11 - 7. Varices des membres inférieurs, hémorroïdes.

Hyperréflexie tendineuse, tremblement des extrémités, réactions vaso-motrices. Se révèlent, enfin, dans cet examen physique, une myopie importante et, au niveau des téguments, des réactions eczémateuses.

Les données somatiques contrastent avec la richesse des manifestations subjectives, constituant un syndrome hypochondriaque.

Le sujet se qualifie lui-même « d'impulsif », de « névrosé ». Il est frileux, il transpire, se plaint de palpitations, de céphalées, de troubles digestifs. « Je suis un malade, un diminué physique. »

Il connaît les lois, celle du 2 août 1949 pour les aveugles, infirmes, grands malades. Il n'en est pas bénéficiaire :

« Mais alors, il faut quand même que je vive, qu'on me mette à l'hôpital, en prison, je suis un hors-la-loi. Ce n'est pas ma faute, c'est la situation, le régime. Les hommes sont des égoïstes. Si je ne pouvais pas travailler, ne pourriez-vous pas me faire assister ? »

A la proposition qui lui est faite de travailler, il exprime son scepticisme sur nos capacités de lui en fournir les moyens, et si aucun effort physique, aucun travail de nuit, aucune exposition aux intempéries ne lui sont imposés; un poste privilégié, correspondant à son désir exprimé, se trouve disponible; il s'y présente avec plusieurs jours de retard.

« C'était bien, mais je ne pouvais pas le faire à cause de ma mère. Et puis, c'était trop dur (*). C'est la maladie qui m'empêche de travailler. »

Cette observation d'échec montre une série d'éléments caractéristiques de l'état « d'aliénation », de stérilité dans lequel se trouve le sujet à ce stade. Il est « hors-la-loi », selon son terme même.

Le sujet est « ailleurs ». L'existence même est, à ce stade, vécue dans un état de morosité, d'indifférence, de vague amertume avec rejet de la responsabilité sur les autres, les lois, le siècle : « Je n'ai jamais de chance », telle est la phrase le plus souvent prononcée.

Attitude négative, passive, le regret mal exprimé, le désir vague n'y prennent place que comme signes d'une désadaptation au temps.

Incapacité de tristesse, incapacité de joie, incapacité d'ennui, mais crainte de toute modification de cet état d'équilibre inférieur réalisé, maintenu au prix de la restriction de tous échanges, de la réduction du champ de toute activité, de tout loisir, de contacts sociaux. Etat, selon le

(*) On retrouve, là encore, la même considération négative « trop dur » visant ce qui n'est pas, non ce qui est, attitude n'entraînant pas la recherche de plus près, de moins loin. « Il n'y a aucune référence à un néant idéal. » (Sartre [J.-P.]. — L'être et le néant, p. 500.)

mot de P. Janet (*), « d'égoïsme resserré et craintif à caractère négatif, d'inaction pathologique », dans lequel s'enkyste le sujet, où « s'enkylose » et souvent régresse une personnalité troublée dans la genèse même de son développement.

*
**

C'est dans ce cadre d'observation qu'il est possible de traiter des bénéfices secondaires que Freud définit comme l'ensemble des satisfactions non primordiales dans la genèse de la maladie, mais qui la précipitent et la prolongent.

Les modes de réactions ambivalents se traduisent par la recherche de toute sollicitude, sous des formes affectives infantiles, d'une part au sein du milieu familial ou de son substitut (nous avons dit la fréquence avec laquelle ces sujets « adultes » se présentaient accompagnés de « leurs parents », de leur mère, dans les consultations, entourage que, par ailleurs, ils tyrannisent et punissent), et par la poursuite de pension, de rente, d'emplois réservés, de secours, dont la sinistrose de Brissaud n'est qu'une forme de cette exploitation de la maladie par le sujet et un témoignage de sa dépendance et de sa revendication sociales. Sujets qui, à ce stade, font profession d'être malades, ce qui se manifeste dans la rencontre avec le médecin, dès les premiers termes : « Que faites-vous ? » « Je suis cardiaque ».

C'est dire que l'adaptation à la réalité extérieure se fait non pas à travers une activité professionnelle, mais dans son abandon, dans son renoncement et en constituant une certaine manière d'être stable, elle fixe, efface, diminue l'angoisse, apporte parfois la sollicitude recherchée en même temps qu'elle permet, avec excuse, d'échapper aux contraintes, aux efforts. Ces états constituent le terme

(*) Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase, t. II, p. 371.

possible de la crise. Ils réalisent une adaptation nouvelle au sein d'une existence de plus en plus engourdie, végétative, dépendante, toujours aliénée à des degrés divers.

A côté d'eux se placent des formes de résolution différentes. Certaines peuvent être fécondes sur le seul plan du travail où celui-ci, dans sa déformation : l'hyperactivité, se rencontre comme un sédatif de l'angoisse. Cherchant à s'écarter de sa condition, à la fuir, à s'en évader, le sujet s'étourdit dans le travail, s'y plonge, s'en nourrit, le dévore même, et se dévore, dépérit et parfois meurt dès qu'on l'en prive.

Observation XX *(suite)*

Compagnon maçon examiné au cours d'une visite systématique (médecine du travail).

Hypertension artérielle (28 - 11) sans troubles fonctionnels actuels; séquelles d'hémiplégie droite secondaire à un ictus, il y a dix ans. Diminution partielle de la force musculaire au membre supérieur droit, prédominante dans les mouvements fins des doigts. Pas de troubles de langage actuels. Pas d'affaiblissement intellectuel notable. Alcoolisation chronique : cinq à six litres par jour avoués depuis vingt ans, remarquablement tolérée, liée à un conflit conjugal grave et toujours actuel; compensation dans le travail; hyperactivité.

Redoute le soir, les jours de congé. Est resté jusque là un ouvrier remarqué.

« Si vous m'arrêtiez, Docteur, vous me tueriez. »

*
**

Les observations II, XX, XXIII et XXVII montrent que l'alcoolisation est susceptible de réaliser un mode d'adaptation où l'intoxication chronique a, là encore, la valeur d'une thérapeutique sédative, réalisant pendant une durée plus ou moins longue un équilibre dont on sait la fragilité et la menace.

CONCLUSIONS

L'objet de notre travail, en étudiant la naissance de la crise, son développement, ses modes de terminaison, est essentiellement de la situer, de permettre — en la faisant mieux connaître — de la prévenir, dans certains cas, de toujours la dépister, de la traiter et d'éviter ainsi les conséquences qu'elle entraîne dans l'équilibre de la personnalité, pour les collectivités.

SUR LE PLAN DE LA RECHERCHE

Cette phase critique n'a d'intérêt que dans la mesure où elle est déterminée, et ne peut l'être que par ses rapports avec quelque chose qui la dépasse.

Si, en elle-même, la crise constitue un ensemble qui a sa physionomie propre, elle demande à être reclassée dans un condition plus vaste qui, seule, peut nous donner sa véritable explication, et nous fournir la possibilité de la prévoir et d'y pourvoir.

Cette situation est à appréhender dans son dynamisme, considéré non pas comme une simple succession d'événements, mais comme une histoire dialectique.

Histoire qui se prépare dans les relations de l'individu avec son milieu dès les premières années de son existence.

Plusieurs observations citées (observations I, III, VI, X, XI, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XXV, XXVI, XXXII) montrent des altérations dans la genèse de la personnalité, fragilisations susceptibles de déterminer plus tard, sinon un destin, du moins un risque.

La médecine du travail peut apporter une contribution essentielle à la connaissance de ce risque.

Elle est, de ce fait même dans ses relations avec la médecine scolaire, un élément important d'hygiène mentale et de prévention psychiatrique.

SUR LE PLAN DU DÉPISTAGE

La majorité de ces crises échappent actuellement à toute rencontre médicale.

Elles sont le plus souvent négligées.

Des états d'aliénation sociale se constituent, de plus en plus difficiles à traiter, ou échappant à tout effort dans ce sens. « Dans ce domaine, écrit le Docteur Merle-d'Aubigné (*), la situation, en France, est à peu près ce qu'elle était il y a cinquante ans », et H. G. Poulizac : « Les statistiques des centres anglais de réhabilitation notent que 80 % des malades peuvent être réentraînés à leur ancien métier, 5 % relèvent d'un changement de profession.

« Nous avons, en France, une proportion exactement inverse, et plus de la moitié des sujets suivis dans les Centres n'exercent pas le métier appris.

« Cela est le résultat d'une conception qui prend le problème à l'envers : penser au réemploi et à la qualification professionnelle avant de penser à la réadaptation physiologique et psychologique » (**).

SUR LE PLAN THÉRAPEUTIQUE

Le problème, une fois le dépistage fait, est à résoudre le plus tôt possible : dès le début de la crise, dont il faut surveiller tout le développement.

La manifestation capitale de la crise est — nous l'avons

(*) Merle-d'Aubigné (R.). — Traumatismes et vie moderne. *Revue des praticiens*, t. IV, n° 5, p. 355.

(**) Poulizac (H. G.). — La rééducation et le reclassement des diminués physiques. *Revue de la Sécurité Sociale*, octobre 1953, p. 12.

décrit — l'angoisse, qui apparaît essentielle au sein de facteurs multiples, disparates, souvent associés.

La réadaptation doit adapter ses moyens à chaque cas particulier. Le succès s'obtient dans l'application étudiée de *mesures multiples et convergentes :* biologiques, psychothérapiques, physio et ergothérapiques.

Nous poursuivons depuis plusieurs mois cette expérience qui, si elle nous permet de mieux connaître ces situations, d'en saisir les premières conséquences, ne nous autorise pas encore, croyons-nous, à en dresser un bilan, un certain recul étant nécessaire pour être assuré de la stabilité de ces résultats.

Nous avons cru cependant intéressant d'apporter ces éléments, espérant qu'ils pourront inciter les spécialistes de la médecine du travail et de la psychopathologie à en approfondir l'étude et à en mettre au point les applications pratiques.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 mai 1954.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. GARRIGOU-LAGRANGE.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX CITÉS

Alquié (F.). — Le désir d'éternité. *P. U. F.*, Paris, 1943, p. 41.

— La nostalgie de l'être. *P. U. F.*, Paris, 1950, p. 70.

Bachelard (G.). — La terre et les rêveries du repos. Librairie José Corti. Nouvelles Editions, 1947, p. 77.

Bachet (M.) & Podovani (P.). — Problèmes somatiques et psychiatriques posés par certaines douleurs vertébrales. I^er^ Congrès International de Psychiatrie, Paris, 1950. **5**, p. 67.

Baissette (G.). — Hippocrate. Grasset, Paris, 1931, p. 15.

Blandin (J.). — Le vertige de la sortie. Thèse, Paris, 1951, p. 22.

Boutonier (J.). — Contribution à la psychologie et à la métaphysique de l'angoisse. *P. U. F.*, Paris, 1945, p. 49.

Boverat (F.). — Le vieillissement de la population. Paris, Editions Sociales, 1946, p. 43.

Brissaud. — La sinistrose. *Concours médical*, 16 février 1908, p. 80.

Courbon (P.). — La psychologie de la vieillesse. *Journal de Psychologie*, 1927, p. 44.

Deschamps (A.). — Les maladies de l'esprit et les asthénies. Paris, 1919, p. 71.

Feilchenfeld (K.). — *Journal des Médecins-Experts*, Berlin, 1906, n° 16, p. 80.

Freud (S.). — Introduction à la psychanalyse. Paris, Payot, 1947, p. 73.

— Nouvelles conférences sur la psychanalyse. Trad. Berman, Paris, Gallimard, 1936, p. 65.

Galichet (G.). — Essai de grammaire psychologique. *P. U. F.*, Paris, 1950, p. 38.

Goldstein (K.). — Zum problem der Angst. Allerg. *Arztliche Zeitschr. für Psychotherapie und psychische Hygiene*, Leipzig, août 1929, p. 51.

Hegel. — Encyclopédie. (Logique, Philosophie de la Nature, Philosophie de l'esprit). Phénoménologie de l'esprit. Trad. Jean Hyppolite. Paris, Aubier, 1939-1941, p. 13.

Janet (Pierre). — De l'angoisse à l'extase. Paris, Alcan, 1926, p. 15.

— *Bulletin de la Société française de Philosophie*, 27 avril 1929, p. 76.

Kœchlin (Ph.). — Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. Thèse, Paris, 1951, p. 14.

Lafay (B.). — Le reclassement des diminués physiques. Annales de Médecine Sociale, Chanteray, édit., 1 vol., 1950, p. 23.

Linck (L. J.). — Social Work Book, Londres, 1951, p. 88.

Longhy (J.). — Un service social inter-entreprises : l'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne. Thèse de doctorat en droit, Paris, mai 1951, p. 11.

Merle d'Aubigné & Tubiana. — Traumatismes de la main et des doigts. Affections traumatiques. Flammarion, Paris, 1951, p. 26.

Merle d'Aubigné (R.). — Traumatismes et vie moderne. *Revue des Praticiens*, **4**, n° 5, p. 88.

Merleau-Ponty (M.). — La structure du comportement. *P. U. F.*, Paris, 1949, p. 54.

— Phénoménologie de la perception. Paris, Gallimard, 1945, p. 69.

Nœuvéglise (J.). — L'examen médical d'embauche. Rapport au Conseil Supérieur de la Médecine du Travail. Paris, novembre 1953, p. 52.

Polevoi (P.). — Un homme véritable. Les éditions réunies, 1953, p. 76.

Poulizac (H. G.). — La rééducation et le reclassement des diminués physiques. *Revue de Sécurité Sociale*, octobre 1953, p. 88.

Puech (P.). — Traumatismes cranio-cérébraux. Legrand, Paris, 1949, p. 28.

Racamier (P.). — Le terrain psychique des tuberculeux pulmonaires. Thèse, Paris, 1950, p. 78.

Riese (W.). — Neue beobachtungen den phantomglied. *Deutsch. Zeitschr. f. nervenheilk.*, vol. 127, 1932, p. 27.

Sartre (J.-P.). — L'Etre et le Néant. Gallimard, Paris, 1948, p. 17.

— Esquisse d'une théorie des émotions. Hermann, Paris, 1948, p. 72.

Sapir (M.) et Lévy (R.). — Quelques remarques sur la cure de sommeil. *La Raison*, n° 6, p. 35.

Sivadon (A.). — Les conceptions actuelles de la Médecine du Travail dans le Bâtiment et les Travaux Publics. Adaptation au travail. Journées Nationales de Médecine du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics de Marseille, avril 1952. Edité par l'Institut National de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, 9, avenue Montaigne, Paris (VIII[e]), p. 48.

Sivadon (P.). — Le Centre Psychiatrique de traitement et de réadaptation sociale de Ville Evrard. *Annales Médico-Psychologiques*, 1949, **1**, p. 11.

Sivadon (P.) & Markich (H.). — Le temps de latence dans les névroses post-émotionnelles. *A. M. P.*, février 1953, p. 64.

Stekel (W.). — Les états d'angoisse nerveux et leur traitement. Paris, Payot, 1930, p. 41.

Vexliard (A.). — Les phases de la désocialisation du clochard. *Evol. Psy.*, 1950, **4**, p. 81.

DU MÊME AUTEUR

Une forme familiale et précoce de la maladie de Pick (avec MM. L. Marchand et P. Kœchlin). *A. M. P.*, avril 1953.

La numération des éléments figurés de l'urine (avec MM. J. Hamburger et P. Mathe). *Presse Médicale*, 18 avril 1951.

L'hypersomnie : mécanisme de défense et symptôme d'alarme en pathologie mentale (avec M. P. Sivadon). *A. M. P.*, décembre 1953.

Premières données sur une expérience de désensibilisation alcoolique. Rapport aux Journées Nationales de Médecine du Travail, octobre 1953.

Biotypologie et construction de la personnalité. Conférence. Evolution psychiatrique. Arche, édit., Paris, 1953.

A propos de la reprise du travail (avec M. A. Sivadon et M[lle] Massat). Communication devant la Société de Médecine du Travail, Paris, 16 février 1954.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 9

Introduction 11

Les modes de début 18

Le développement de la crise : ses manifestations essentielles 46

Les modes de terminaison 79

Conclusions 87

Bibliographie 91

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.